



Zorgprogramma Diabetes

Versie: 2022-2023

Auteurs:

Marjolein Hugenholtz Daniel Tavenier en kwaliteitscie DM

Inhoudsopgave

1. Doelstelling van de GO Diabetes bv	2
2. GO Diabetes bv is hoofdcontractant	2
3. Registratie door de zorggroep partners	2
4. Afsproken ketenzorg binnen de DBC	2
5. Prestatie-indicatoren	3
6. Evaluatie	3
7. Diabeteszorg in de huisartsenpraktijk	4
8. Randvoorwaarden	4
9. Controles	5
10. Verantwoordelijkheden en taakverdeling	7
11. Verwijs terugverwijs en consultatie schema	7
12. No show/ zorgweigeraars	9
13. Educatie	10

* Op de website van de RHOGO zijn er voor zorgverleners nog verschillende handige documenten met betrekking tot diabetes mellitus type 2 zorg te vinden: www.rhogo.nl/ketenzorg/diabetes/.

* In de bijlage worden verschillende documenten toegevoegd, die gemaakt zijn door onze kaderhuisarts Mariska Brinkers. Deze documenten zijn geschreven in opdracht van Unicum en mogen door de RHOGO worden gebruikt.

1. Doelstelling van de RHOGO

De zorggroep GO diabetes bv is op 1 april 2010 opgericht door de GHOGO, de Gemeenschappelijke Huisartsen Organisatie Gooi en Omstreken, tegenwoordig RHOGO, Regionale Huisartsenorganisatie Gooi en Omstreken, afdeling Services.

Het doel hiervan is het leveren van kwalitatief hoogwaardige diabeteszorg aan patiënten met Diabetes Mellitus type 2 in het werkgebied volgens de zorgstandaard van de NDF: www.diabetesfederatie.nl. Voor deze zorg wordt gewerkt met protocollen die zijn gebaseerd op de richtlijnen van de beroepsverenigingen: met name de NHG diabetes type II standaard www.nhg.org/standaarden/samenvatting/diabetes-mellitus-type-2. Let op: per november 2021 zijn er aanpassingen in het medicatiebeleid.

Er wordt gestreefd naar een efficiënte organisatievorm dichtbij en gericht op de individuele patiënt. De inhoud van de diabeteszorg wordt bepaald door een eerstelijns keten zorgprogramma, waarbinnen eerste en tweedelijns hulpverleners volgens protocol specifieke taken uitvoeren. De kern van het ketenzorgprogramma is de zorg, die onder toezicht van de huisarts, wordt uitgevoerd door een praktijkondersteuner Somatiek.

2. RHOGO is hoofdcontractant

RHOGO is hoofdcontractant voor de diabeteszorg van de patiënten uit de deelnemende huisartspraktijken met de regionale zorgverzekeraar Zilveren Kruis. De zorggroep heeft ook afspraken gemaakt met de 'verre' zorgverzekeraars en alle ketenpartners:

- De huisartsen uit de gehele Gooi- en Vechtstreek die deelnemen aan deze zorggroep.
- De deelnemende diëtisten, oogartsen, internisten, podotherapeuten, fysiotherapeuten, de kaderhuisarts, KCHL van Tergooi MC, Zorgdomein, apothekers, de KIS leverancier Caresharing, VIP Calculus.

3. Registratie door de zorggroep partners

Registratie van de contacten, onderzoeken en metingen wordt door elke deelnemer en ketenpartner vastgelegd in een uniform Keten Informatie Systeem (KIS) (www.caresharing.eu) of VIP Calculus.

Dit maakt het mogelijk om op groepsniveau en op praktijkniveau uitkomstmaten te produceren en te vergelijken met de uitkomst van de gehele zorggroep.

Deze metingen worden maandelijks voor de gehele zorggroep en voorafgaand aan ieder praktijk bezoek per praktijk in het kader van het kwaliteitssysteem. Of via het registeren in het HIS en de daarbij bijbehorende data door VIP Calculus uit het HIS te laten halen.

4. Afsproken Ketenzorg binnen de DBC

De diabeteszorg, die de RHOGO levert bestaat - naast de huisartsenzorg volgens de NHGStandaard Diabetes mellitus type 2 (www.nhg.org/standaarden/samenvatting/diabetesmellitus-type-2) - uit:

- Dieet advisering door diëtisten
- Netvliesscreening op DRP (diabetische retinopathie) m.b.v. een fundusfoto (volgens NHG richtlijn)
- Voetzorg (ook al valt de financiering buiten de Ketenzorg): juiste zorgprofiel bepalen en op indicatie patiënt naar pedicure of podotherapeut verwijzen
- Consultatie en advies door de kaderhuisarts DM via het KIS (Mariska Brinkers/kaderhuisartsDM@rhogo.nl)
- Zo nodig consultatie door de internist (indien geïndiceerd)

Hiertoe zijn afspraken gemaakt met:

- Diëtisten in de regio Gooi- en Omstreken
- Internisten Tergooi MC
- Zorgdomein TeleMC en Tergooi MC voor fundusfotografie
- Kaderarts Mariska Brinkers
- Oogartsen van Tergooi MC
- Podotherapeuten

5. Prestatie-indicatoren

De RHOGO heeft besloten om een aantal ijkpunten af te spreken om de prestaties van het programma te toetsen. In de zorggroep worden hiervoor de volgende indicatoren gekozen:

> 90% van de patiënten is de nierfunctie bekend;

> 80% van de diabetespatiënten heeft een fundusscreening gehad met een herhaalschema volgens NHG richtlijn;

> 80% van de diabetespatiënten heeft in de afgelopen jaar voetonderzoek ondergaan conform het protocol.

We willen graag dat de zorg meer op het persoonsgerichte vlak ligt en zullen we de prestatie indicatoren wel blijven hanteren maar zal hier geen vergoeding meer bij horen (dit is sinds 2020).

6. Evaluatie

Het programma en de zorg (middels praktijk bezoeken) wordt tweejaarlijks geëvalueerd, vanwege covid is dit op het moment minder vaak, maar bij vragen of problemen kan je altijd contact opnemen met de praktijkconsulenten via ketenzorg@rhogo.nl of 035-2031668.

Hierbij zullen de volgende aspecten aan de orde komen:

- De inhoud van het diabetesprogramma
- Problemen in de uitvoering
- De uitkomst van zorg op indicatoren van de praktijk
- Worden de afgesproken proces/prestatie-indicatoren gehaald?
- Evaluatie van de Ketenzorg

Is aanpassing van protocol of werkwijze noodzakelijk op grond van nieuwe wetenschappelijke inzichten of ondervonden problemen? Op grond van de evaluatie kunnen afspraken worden aangepast. Indien streefdoelen niet zijn gehaald, wordt naar de oorzaak gezocht en een verbeterproces op gang gebracht. Hierbij zal ook gebruik gemaakt worden van feedback van benchmark gegevens aan de individuele hulpverleners.

7. Diabeteszorg in de huisartsenpraktijk

Diabeteszorg in de huisartsenpraktijk vindt plaats conform de www.richtlijnen.nhg.org/standaarden/diabetes-mellitus-type-2.

Patiënten worden gecontroleerd door de Praktijkondersteuner / praktijkverpleegkundige en in ieder geval één keer per jaar door de eigen huisarts. Bij de controles besteden de huisarts en/of de praktijkondersteuner aandacht aan eventuele klachten, de glucoseregulering, het actuele cardiovasculaire risicoprofiel, co morbiditeit en het vroegtijdig onderkennen van complicaties.

Er wordt persoonsgericht gewerkt en samen met patiënt een jaarplan opgesteld afhankelijk van de co morbiditeit, sociale omstandigheden, mogelijkheden en wensen van de patiënt waarbij educatie door de zorgprofessional een essentiële randvoorwaarde is zodat er een gewogen beslissing voor een jaarplan kan worden gemaakt.

8. Randvoorwaarden

- Om toe te kunnen treden tot deze zorggroep moet de huisarts het zorgprogramma DM in zijn geheel onderschrijven en kunnen uitvoeren. Alle huisartsen worden bij aanvang gevisiteerd in het kader van kwaliteitscontrole met daarop volgend tweejaarlijks evaluatie (door covid nu wat minder frequent) door een medisch manager of een praktijk consulent onder regie van de kwaliteitscommissie van de RHOGO.
- De huisarts wordt terzijde gestaan door een praktijkondersteuner.
- Instellen van patiënten met type 2 diabetes op insuline vergt vaardigheden die de behandelend huisarts (of één van de collega huisartsen in dezelfde praktijk) en praktijkondersteuner (POH-S) zich eigen moeten hebben gemaakt middels een insulines cursus zoals door de stichting Langerhans gegeven (50% van de kosten voor deze scholing worden vergoed door de RHOGO).
- Huisarts én praktijkondersteuner moeten, indien ze patiënten met insuline therapie behandelen, jaarlijks de opvolgavond van Langerhans volgen (scholing wordt jaarlijks aangeboden door de RHOGO).
- In de deelnemende huisartspraktijken is de samenwerking tussen huisartsen, praktijkondersteuners van het diabetesteam geregeld. Er is structureel overleg over individuele diabetespatiënten en over de uitvoering van de diabeteszorg in de praktijk.
- Er is een sluitend afspraak- en oproepsysteem.
- Op praktijkniveau zijn afspraken gemaakt over:

- De patiëntengroepen die door de huisarts gezien moeten worden en door de praktijkondersteuner gecontroleerd worden.
- Taakverdeling met betrekking tot de jaarcontrole.
- De routing van glucose dagcurves of glucosewaarden die na (zelf)meting eventueel bij de doktersassistente binnenkomen.
- Hoe bevindingen worden geregistreerd (in HIS of KIS).
- Medicatie voorschrijven en aanpassen door de praktijkondersteuner, na overleg en fiattering door de huisarts. Ook voor aanpassingen in medicatie doseringen is de huisarts eindverantwoordelijk.
- Bevindingen bij controles die tot overleg met de huisarts moeten leiden.
- GLP1/SLGT2 mag in de eerste lijn maar wel met begeleiding door ervaren huisarts en POH. (zie aanvullende documenten: www.rhogo.nl/ketenzorg/diabetes/).

9. Controles

De controlefrequentie is afhankelijk van het ziektebeloop of de mate waarin een patiënt gereguleerd is en wordt afgestemd met de patiënt. Controles zullen meer frequent zijn bij patiënten met klachten en/of met een niet optimale (glycemische) regulering. Alle patiënten hebben eenmaal per jaar een jaarcontrole. In de bijlage behandeling met insuline van de NHG(zie www.rhogo.nl) worden de kwartaal- en jaarcontroles van patiënten die insuline gebruiken afzonderlijk beschreven.

Inhoud van de kwartaal/halfjaar controle zou moeten bestaan uit:

- Vraag naar welbevinden.
- Bespreek de inpassing van diabetes in het dagelijks leven.
- Vraag naar rookgedrag.
- Vraag naar voedingsproblemen en beweeg/sport activiteit.
- Meet bij patiënten die geen insuline gebruiken de nuchtere glucose (indien er geen lab geprikt is).
- Geef de patiënt informatie over ziektebeeld en leefregels, vraag terug hoe het lukt om zich hier aan te houden.
- Vraag naar medicijngebruik/bijwerkingen.
- Verwijs patiënten naar de diëtiste, bij nieuw ontdekte DM2, voorafgaand aan het instellen op insuline, als de patiënt dit "extra" nodig heeft of een enkele maal een reeds bekende diabeet, die nooit eerder voeding advies heeft gekregen. Of bij iedere verandering, als de patiënt hiervoor open staat.
- Meet de bloeddruk, streef bij alle patiënten de streefwaarde bloeddruk na.
- Weeg de patiënt, meet als dit nog niet bekend is de lengte (of als dit langer dan 3 jaar geleden gemeten is) en bepaal de BMI.
- Bepaal bij patiënten die 2-4x daags insuline gebruiken 1x per 3 maanden het HbA1c via het laboratorium.
- Bij patiënten met insuline gebruik; bespreek vragen of klachten m.b.t. injectie en zelfmeetcontrole.

- Patiënten met insuline gebruik nemen hun glucose dag curves mee.
- Bij patiënten met insulinegebruik; spuitplaats controle.
- Verwerk uitslagen/bevindingen in het KIS/HIS
- Bij diabetes- gerelateerde klachten, verdenking op complicaties of afwijkingen van streefwaardes vindt door de POH overleg plaats met de huisarts.

Inhoud van de jaarcontrole zou moeten bestaan uit:

- Gericht op leefstijl en samen met de patiënt behandeldoelen opstellen. Aan de hand van de NDF gesprekskaart (www.rhogo.nl) ga je aan de slag en bepaal je de controle frequentie voor het komende jaar (ook afhankelijk van hoe goed iemand is ingesteld).
Ook het leefstijlroer zou je hiervoor kunnen gebruiken:
www.artsenleefstijl.nl/leefstijlroer.
- Als het lukt concrete haalbare doelen af te spreken, heb dan ook de eerste maanden frequenter contact (live of telefonisch) om het behalen van de doelen te bevorderen.
- Vragen naar verschijnselen van neuropathie (sensibiliteitsverlies of tintelingen) en tekenen van autonome neuropathie (maagontledigingsproblemen, diarree etc.)
- Daarnaast vragen naar kortademigheid, moeheid en hartkloppingen (i.v.m. mogelijk hartfalen).
- Indien nodig, bespreek de uitslag van de fundusfoto of de bevindingen van de oogarts.
- Vraag naar vaatklachten (claudicatio, seksuele stoornissen etc.)
- LAB- onderzoek: nuchtere glucose, HbA1c, kreatinine, kreatinineklaring, LDL en de albumine/kreatinine – ratio in de urine. Bij diuretica gebruik en bij kwetsbare ouderen ook kalium en natrium laten bepalen en bij RAS-remmergebruik kalium. Bij patiënten die 65 jaar of ouder zijn jaarlijks een NT-pro-BNP bepaling te laten verrichten. Aanvullend hierop 1x per 3 jaar een ECG onderzoek.
- Beoordeel en bespreek de uitslagen.
- Stel de individuele streefwaarde vast voor de HbA1c en de bloeddruk.
- Bij insuline gebruik controleer de techniek, materialen en handelingen zoals zelfcontrole en spuiten.
- Meet de buikomvang
- Voer de voetcontrole uit conform de richtlijnen en geef de bijbehorende educatie.
- Inspecteer de mond, indien de patiënt niet onder behandeling is bij een tandarts of mondhygiënist.
- Bij aan diabetes gerelateerde klachten, verdenking op complicaties of afwijken van streefwaardes verricht de huisarts zo nodig nadere diagnostiek en bepaalt het te volgen beleid.
- Bij kwetsbare ouderen: waar je niet alle controles (urine onderzoek , lipiden) meet doet en ook jaarlijks kijkt of er niet medicamenteus wordt over behandeld. Zie DM protocol kwetsbare ouderen: www.rhogo.nl/ketenzorg/diabetes/.

Huisarts en praktijkondersteuner kunnen onderling afspreken wie welke delen van de jaarcontrole uitvoert.

Specifieke taken voor de huisarts zijn:

- Vragen naar verschijnselen van neuropathie (sensibiliteitsverlies of tintelingen) en tekenen van autonome neuropathie (maagontledigingsproblemen, diarree etc.).
- Vragen naar kortademigheid, moeheid en hartkloppingen (i.v.m. mogelijk hartfalen).
- Vragen naar vaatklachten (claudicatio, seksuele stoornissen etc.).
- Vragen naar klachten op seksueel gebied.
- Vragen naar depressieve klachten .
- Beoordelen en bespreken van de laboratoriumuitslagen.
- Het vaststellen van de individuele streefwaarde voor de HbA1c en de bloeddruk.
- Beoordelen van het effect van co-morbiditeit op de diabetes en vice versa.

Het consult moet geregistreerd worden in het HIS of KIS.

10. Verantwoordelijkheden en taakverdeling van huisarts en praktijkondersteuner

De taken van huisarts en praktijkondersteuner m.b.t. tot de individuele diabeteszorg zijn als volgt verdeeld:

Huisarts:

Stelt de diagnose, stelt de individuele streefwaarden vast, bepaalt het medicamenteus beleid, past insulinedosering aan, delegeert en superviseert, doet periodieke controles, is eindverantwoordelijk.

Praktijkondersteuner:

Geeft educatie (leefstijladviezen, hypo- en hyperglykemie), instructie zelfmeting bloedglucose (maken en documenteren vierpuntsdagcurven), gebruik insulinepen en zelfaanpassing insulinedosering (mits de patiënt daartoe in staat is), past dosering orale antidiabetica en insulinedosering aan (protocol), doet periodieke controles.

Specifieke situaties:

- Consultatie van een specialist of de kaderhuisarts door de praktijkondersteuner gebeurt alleen na overleg met de huisarts.
- Het overzetten van patiënten met orale medicatie op een één, twee of meer maal daags insuline schema wordt uitgevoerd door de huisarts of onder verantwoordelijkheid van de huisarts door de praktijkondersteuner of diabetesverpleegkundige.

Voor alle bovenstaande punten is het van belang ook goed te luisteren en te bespreken met de patiënt wat de wens van de patiënt is; hij/zij staat tenslotte centraal.

11. Verwijsschema

Consultatie van kaderhuisarts of internist door huisarts:

De huisarts kan de kaderhuisarts of internist raadplegen voor een specifiek probleem. Het is naar het inzicht van de huisarts wie hij daarvoor kiest. De huisarts blijft hoofdbehandelaar en verantwoordelijk voor wat hij met het advies doet.

De specifieke problemen kunnen zijn:

1. Onduidelijkheid over het type diabetes.
2. Problemen met de regulering van glucose, bloeddruk of lipiden.
3. Acute ontregelingen, bij bijvoorbeeld steroïden gebruik.
4. Orgaan schade waaronder chronische nierschade.

Verwijzen door huisarts naar internist:

Hiermee wordt bedoeld dat patiënten voor onderzoek, behandeling en controles van hun DM2 overgaan naar de internist als hoofdbehandelaar (bij voorkeur een internist met affiniteit voor diabeteszorg).

1. Patiënten die onvoldoende gereguleerd zijn en waarbij de mogelijkheden(eventueel na consultatie van de kaderarts en/ of internist) in de huisartsenpraktijk zijn uitgeput.
2. Bij chronische nierschade volgens de criteria in de richtlijn chronische nierschade NHG.
3. Diabetische voet/ ulcus.
4. Altijd bij diabetisch voet/ulcus z.s.m. contact opnemen met internist om patiënt op de SEH te zien en verder beleid in gang te zetten. Hierbij wordt de patiënt met spoed naar het voetenteam verwezen. Er is een voeten team in Tergooi MC Hilversum (PODO-therapeut heeft de leiding / INT (op afroep) / CHI / revalidatie arts / (schoenmaker via de revalidatie arts) en DM verpleegkundige/wonddesk wordt op indicatie erbij geroepen. In Tergooi MC is een voetenteam. Een plantair gelegen ulcus wordt meteen verwezen en een niet-plantair ulcus als het niet binnen twee weken is genezen.
5. Patiënten met een ernstige hyperglycemische ontregeling of coma.
6. Vrouwen met DM2 die zwanger zijn of willen worden.
7. Vrouwen die zwanger zijn en zwangerschapsdiabetes ontwikkelen.
8. Patiënten met een therapie resistente hypertensie (TRH = onvoldoende bloeddruk regulatie ondanks het gebruik van 3 antihypertensiva).
9. Patiënten met een onvoldoende verlaagd LDL cholesterol ondanks optimaal statine gebruik.

Tijdelijke overname van behandeling door de internist:

1. Bij opname door AMI of i.v.m. een grote vaatoperatie zal de internist in consult gevraagd worden door de andere specialist. Daarna zullen de internisten deze patiënten kortdurend onder controle houden tot zij weer stabiel ingesteld zijn zowel ten aanzien van hun DM2 als hun vaatlijden. Geldt ook voor patiënten die opgenomen zijn voor grote vaat operaties. De huisarts dient deze periode de INT als hoofdbehandelaar aan te kruisen in het KIS.
2. Wanneer patiënten op maximale orale behandeling, al dan niet met eenmaal daags(middel) langwerkende insuline, onvoldoende zijn gereguleerd en huisarts en patiënt er voor kiezen om ingesteld te worden op een GLP-1 analogo of SGLT2 en de huisarts deze behandeling niet zelf doet.

Terug verwijzing door internist naar huisarts:

Hiermee wordt bedoeld dat de internist patiënten voor de behandeling en controles van hun DM2 terugverwijst naar de huisarts.

1. In principe alle patiënten, die niet (meer) onder categorie I vallen of waarbij probleem onder I en II is opgelost mits ze inmiddels goed zijn ingesteld. NB: het kan voor zowel patiënt als internist moeilijk zijn om een lange arts-patiënt relatie te beëindigen tgv andere werkafspraken transmuraal, er zal wel z.s.m. naar gestreefd worden om niet noodzakelijke internistische routine controles tegen te gaan.
2. Bij vrouwen die bij de internist onder behandeling waren wegens zwangerschapsdiabetes worden door de huisarts na de zwangerschap 1x per 3 jaar de bloedsuikers gecontroleerd.

12. No Show /zorgweigeraar

Definitie zorgweigeraar

- De patiënt die heeft aangegeven alle zorg te weigeren (calamiteiten daargelaten).
- De patiënt die persoonlijk heeft aangegeven bedoelde (DM, COPD, HVZ) zorg bij de huisarts respectievelijk POH te weigeren.
- De patiënt die gedurende een jaar niet op gemaakte afspraken is verschenen én niet reageert op jaarlijkse en herhaalde uitnodiging een afspraak te maken.
- Er is een medische/sociale reden zoals verstandelijke beperking, dementie en detentie.

De huisarts onderneemt bij een zorgweigeraar/no show de volgende acties:

Stap 1. Telefonisch contact bij niet verschijnen op gemaakte afspraak en nieuwe afspraak inplannen. Wanneer telefonisch contact niet tot stand komt een vervolgspraak inplannen na drie tot vier weken en patiënt daar schriftelijk voor uitnodigen.

Stap 2. Wanneer patiënt deze afspraak ook niet nakomt dan wederom telefonisch contact opnemen vanwege niet verschijnen op afspraak en een nieuwe afspraak inplannen. Wanneer telefonisch contact niet tot stand komt een vervolgspraak inplannen na drie tot vier weken en patiënt daar schriftelijk voor uitnodigen.

Stap 3. Wanneer patiënt deze afspraak wederom niet nakomt schriftelijk bericht ter kennisneming sturen dat patiënt altijd welkom is voor huisartsenzorg maar niet meer zal worden opgeroepen door de huisarts(enpraktijk) voor CVRM Ketenzorg.

Daarnaast wordt een schriftelijke uitnodiging met een afspraak gestuurd aan die patiënten die het laatste jaar geen afspraak hebben gehad, om welke reden dan ook.

13. Educatie

De diabeteseducatie heeft tot doel om diabetespatiënten kennis, inzicht en vaardigheden bij te brengen met betrekking tot het omgaan met hun aandoening. De patiënt heeft inzicht in het belang van:

1. De streefwaarde voor de glycemische parameters, lipiden en bloeddruk.
2. Een gezonde leefstijl.
3. Het (zelf) formuleren van haalbare doelen met betrekking tot gewicht rookgedrag, lichaamsbeweging en medicatietrouw.
4. Dagelijkse inspectie van de voeten en het dragen van passend schoeisel en sokken zonder dikke naden bij een matig of hoog risico op een ulcus.
5. Regelmatige controles.
6. Herkenning van de signalen van een hyper- en een hypoglykemie en hoe hierop te reageren.
7. Adequaat handelen bij ziekte, koorts, braken en reizen.
8. (Eventuele) controle en regulatie van de eigen bloedglucosewaarde.
9. Goede mondzorg.

Ter ondersteuning van het consult kan onder andere gebruikt worden gemaakt van de informatie op www.thuisarts.nl. Of voor patiënten met laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden: www.pharos.nl/kennisbank/ik-heb-diabetes-wat-kan-ik-doen/.

