

GRIP OP DIABETES MELLITUS

Gestructureerde ketenzorg moet kwaliteit diabeteszorg verbeteren

Ketenzorg voor patiënten met diabetes mellitus II laat te wensen over. De zorg is te weinig gestructureerd, gegevens over de kwaliteit ervan ontbreken en preventie staat nog in de kinderschoenen. Een onderzoek in acht ziekenhuizen.

L.J. SCHMIT JONGBLOED C.S.

Het aantal patiënten met diabetes mellitus II (DM) in Nederland neemt sterk toe.¹ Oorzaken hiervan zijn de toename van het aantal ouderen, de langere levensverwachting voor patiënten met DM, de toename van obesitas op jongere leeftijd en een verbeterde vroege opsporing. De VWS-taakgroep Programma Diabeteszorg constateert dat slechts eenderde van de DM-patiënten zorg van voldoende kwaliteit ontvangt.² Op basis van het advies

Tachtig procent van de DM II-zorg moet in de eerste lijn plaatsvinden

van de taakgroep is de minister van mening dat 80 procent van de zorg voor patiënten met DM in de eerste lijn moet plaatsvinden. In het advies zijn de zorgaanbieders in multidisciplinaire groepen georganiseerd en vindt bekostiging plaats op basis van één tarief, de 'keten-DBC'. De proces- en uitkomstparameters van

de standaard van de NDF (Nederlandse Diabetes Federatie) dienen als norm voor de kwaliteit van DM-zorg. Inmiddels wordt gewerkt aan implementatie van de adviezen door middel van het ZonMw-programma 'Diabetes Ketenzorg'.

In 2005 besluiten de directies van acht ziekenhuizen, samenwerkend in de Ziekenhuisketen, onderzoek te doen naar de behandeling van DM-patiënten in hun organisaties.³ Ze willen weten of de geboden zorg voldoet aan de standaarden van de NDF-richtlijn. Daarnaast is het de bedoeling de DM-zorg te verbeteren door het overnemen van elkaars sterke punten (best practices).

VRAGENLIJSTEN

Alle betrokken professionals (specialisten, paramedici, diabetesverpleegkundigen, managers) in het ziekenhuis krijgen een lijst met vragen over de kwantitatieve en kwalitatieve aspecten van de DM-zorg binnen het ziekenhuis. Om inzicht te krijgen in de samenwerking met de eerste lijn sturen de onderzoekers de vragenlijst ook naar enkele huisartsen en patiënten in de acht regio's. Nagenoeg alle vragenlijsten zijn ingevuld teruggestuurd. Op basis van de antwoorden krijgen de onderzoekers een beeld van de geboden zorg in relatie tot de NDF-standaard en maken zij een eerste vergelijking tussen de ziekenhuizen.

Vervolgens zijn alle betrokken ziekenhuizen bezocht, waarbij op één dag is gesproken met alle betrokken zorg-

indicatoren uit de NDF-standaard. Echter, omdat geen van de onderzochte ziekenhuizen de benodigde gegevens bijhoudt en/of systematisch vastlegt, zijn harde uitspraken niet mogelijk. Wel krijgen de directies en zorgverleners inzicht in best practices (bijvoorbeeld succesvolle initiatieven of interessante ideeën) in de andere ziekenhuizen.

Hieronder komen de belangrijkste onderwerpen aan bod met betrekking tot de stand van zaken in de acht ziekenhuizen.

Visie op diabeteszorg

Om te voldoen aan de NDF-standaard is het noodzakelijk dat management en professionals in het ziekenhuis een gemeenschappelijke visie op de zorg voor diabetespatiënten delen. Binnen de ziekenhuisketen hebben zes van de acht ziekenhuizen hun visie op DM-zorg op papier gezet. Bij doorvragen blijkt die visie echter lang niet overal door alle professionals te worden gedeeld. Het stadium waarin de implementatie van de visie zich bevindt, wisselt per ziekenhuis en per onderdeel van de zorg. Twee ziekenhuizen konden geen duidelijke visie overleggen.

• *Best practices*

Drie ziekenhuizen streven er actief naar de diabeteszorg 'van de specialist af' te organiseren. Dit betekent het maximaal benutten van de mogelijkheden binnen de eerste lijn en daarnaast maximale taakdelegatie binnen het ziekenhuis. Twee van de acht ziekenhuizen betrekken actief de patiëntenvereniging en lokale verzekeraars bij de samenwerking.

Consensus binnen de tweede lijn

Voor goede DM-zorg is consensus nodig tussen de eindverantwoordelijke specialisten (internisten en endocrinologen) over zowel de inhoud van de DM-zorg als de wijze van werken (bijvoorbeeld volgens de NDF-richtlijn). Als de internisten niet op één lijn zitten, is dat verwarrend voor patiënten, diabetesverpleegkundigen en huisartsen. In zo'n situatie verloopt zowel de taakdelegatie

binnen het ziekenhuis als de samenwerking met de eerste lijn gebrekkig. Zoals een huisarts het uitdrukt: 'Ik weet niet wat ik kan verwachten voor mijn patiënt; soms is het uitstekende zorg, soms is het zorg die ik als huisarts beter zelf kan geven.'

Bij vijf van de acht ziekenhuizen blijkt er geen of onvoldoende consensus te bestaan tussen de internisten. In één van deze ziekenhuizen bestaat wel consensus op één locatie, maar niet op de andere locatie. Belangrijkste knelpunten zijn het beschikbaar maken van taken naar diabetesverpleegkundigen en het terugverwijzen van patiënten naar de eerste lijn.

- *Best practices*

Bij drie maatschappen interne geneeskunde bestaat op alle punten consensus over inhoud en organisatie van DM-zorg. Afspraken zijn onder meer:

- Doorverwezen DM-patiënten worden altijd gezien door in DM gespecialiseerde internisten.
- Patiënten van andere internisten worden, als een patiënt DM ontwikkelt, direct doorverwezen naar een in DM gespecialiseerde internist.
- Zoveel mogelijk taken worden overgedragen aan diabetesverpleegkundigen (DVK's) en diëtisten.
- Zoveel mogelijk patiënten worden met ondersteuning van een DVK terugverwezen naar de eerste lijn.

Samenwerking met de eerste lijn

In zes van de acht regio's blijkt samenwerking met de eerste lijn moeilijk door het ontbreken van een aanspreekpunt voor de huisartsen. Een duidelijke organisatie van de huisartsen, waarbij vertegenwoordigers afspraken maken met het ziekenhuis en specialisten over het 'verwijs- en terugverwijsbeleid' is hard nodig. Ook moeten er afspraken komen over de samenwerking tussen praktijk-ondersteuners en diabetesverpleegkundigen.

- *Best practices*

Eén van de acht ziekenhuizen heeft een DVK in dienst die zich volledig richt op het ondersteunen van DM-zorg in de eerste lijn. Daardoor verbetert zowel de kwaliteit als de organisatie van de zorg.

Eén ziekenhuis heeft samen met de thuiszorg een organisatie opgericht die DVK's detacheert bij zowel huisartsen als ziekenhuis. Dit zorgt voor een uitstekende continuïteit van zorg tussen eerste en tweede lijn.

DE FOTO IS HELAAS NIET BESCHIKBAAR VOOR INTERNET

Diabetesverpleegkundigen kunnen én moeten een belangrijk deel van de controles overnemen.

Taakherschikking naar DVK's

Bij stabiele DM-patiënten kan en moet de DVK een belangrijk deel van de controle overnemen. Wetenschappelijk is immers aangetoond dat DVK's dezelfde kwaliteit van zorg leveren tegen minder kosten en met grotere patiënttevredenheid.⁴

Verschillende ziekenhuizen hanteren verschillende controleschema's, waarbij internisten en DVK's soms tegelijkertijd, maar vaker afwisselend, patiënten zien. In de huisartsenpraktijk is goede ervaring opgedaan met jaarlijks drie controles door de DVK en één controle door de huisarts. Dit lijkt ook haalbaar voor de specialistische praktijk; wellicht niet voor alle patiënten, maar wel voor de stabiele patiënten.

Het voorschrijven van medicatie door DVK's is wettelijk nog niet toegestaan. Op dit moment schrijven

sommige DVK's, in een verlengde-armconstructie, insuline en soms orale antidiabetica voor. Incidenteel worden cholesterolremmers of antihypertensiva voorgeschreven. Inmiddels werkt VWS aan het opheffen van deze juridische belemmeringen met behulp van een experimenteerartikel binnen de Wet BIG.

In alle onderzochte ziekenhuizen zijn diabetesverpleegkundigen werkzaam. Het aantal varieert van 0,29 tot 0,82 fte per 100 bedden, met een gemiddelde van 0,61 fte per 100 bedden. Landelijk was dit aantal in 2000: 0,4 fte per 100 bedden. Het aantal DVK's per internist varieert van 0,19 tot 0,66 fte, met een gemiddelde van 0,39 fte.

- *Best practices*

Bij drie van de acht ziekenhuizen is taakherschikking van internist naar >>

DE FOTO IS HELAAS NIET BESCHIKBAAR VOOR INTERNET

Multidisciplinaire samenwerking bij ernstige voetproblemen kan amputaties voorkomen.

<< DVK protocollair vastgelegd. In één ziekenhuis ziet de DVK zelfstandig patiënten die door een huisarts worden verwezen voor een eenmalig advies. De internist ziet de patiënt als de huisarts of de patiënt daarom vraagt. In één ziekenhuis verzorgen de DVK's dagelijks een telefonisch spreekuur met gemiddeld dertig contacten.

DM als cardiovasculaire risicofactor

Veel huisartsen en specialisten benaderen DM nog als een zuiver endocrinologische ziekte en hebben te weinig aandacht voor de ernstige cardiovasculaire effecten. Bij screening door de internisten van alle DM-patiënten in zes huisartspraktijken in één regio blijkt de metabole zorg goed geregeld, maar blijkt de cardiovasculaire zorg aanzienlijk beter te kunnen.

• *Best practices*

Bij twee van de acht ziekenhuizen bestaat een intensieve samenwerking tussen endocrinologische en vasculaire zorg, onder meer in de vorm van een speciale voetpoli. In één van deze ziekenhuizen verzorgen podotherapeuten de jaarlijkse screening van DM-patiënten met voetklachten. Ernstiger voetproblemen worden direct gezien door een team van vaatchirurg, revalidatiearts, podotherapeut en een *vascular nurse*. Dit

heeft in de periode 2002-2005 geresulteerd in een afname van het aantal beenamputaties met 12 procent per jaar.

DM-patiënten elders in het ziekenhuis

Bij zes van de acht ziekenhuizen bestaan geen duidelijke afspraken voor de (mede)behandeling van een DM-patiënt die voor een andere aandoening in het ziekenhuis wordt opgenomen. Het wordt dan overgelaten aan de betreffende specialist om de behandelend internist of DVK op de hoogte te brengen en te betrekken bij de behandeling van de patiënt. Het gebeurt regelmatig dat specialisten, zonder overleg met de behandelend internist of huisarts, tijdens de opname veranderingen aanbrengen in de diabetesmedicatie. Veel patiënten vinden het moeilijk zo'n medicatieverandering te weigeren, terwijl zij met behulp van hun huidige medicatie goed zijn ingesteld. Het gevolg is vaak een ontregeling.

• *Best practices*

Eén van de acht ziekenhuizen heeft een DVK speciaal aangesteld voor het ondersteunen van specialisten en verpleegkundigen op andere afdelingen als daar een DM-patiënt wordt opgenomen. Het klinisch-chemisch lab geeft aan de DVK door dat er bloedglucosebepalingen wor-

den aangevraagd vanuit andere afdelingen dan de interne.

Een ander ziekenhuis heeft per afdeling één verpleegkundige aangewezen voor de zorg voor DM-patiënten. Deze verpleegkundigen volgen regelmatig bij- en nascholing over DM-zorg.

Elektronisch Patiënten Dossier (EPD)

Om na te gaan of de kwaliteit van DM-zorg voldoet aan de proces- en uitkomst-indicatoren uit de NDF-standaard is een EPD absoluut vereist. Zo'n EPD dient voor het vastleggen van gegevens voor deze indicatoren, voor onderlinge communicatie tussen professionals en voor inzage van de eigen gegevens door de patiënten. Steeds meer patiënten wensen immers inzicht in de eigen gegevens om de grip op hun ziekte te vergroten. Een EPD dat in staat is om geaggregeerde uitkomsten te verschaffen en door alle disciplines (intra- en/of extramuraal) wordt gebruikt, is echter nog in geen van de ziekenhuizen operationeel. In vier van de acht ziekenhuizen wordt daar wel aan gewerkt.

• *Best practices*

In twee van de acht ziekenhuizen start begin 2006 een pilot met een EPD voor DM-patiënten. In zes van de acht regio's

SAMENVATTING

- Uit onderzoek in acht regio's blijkt dat er geen sprake is van gestructureerde ketenzorg voor diabetes mellitus (DM). Wel zijn er initiatieven tot regionale samenwerking op deelaspecten.
- Gegevens over de kwaliteit van de intra- of transmurale DM-zorg aan de hand van proces- en uitkomstparameters zijn niet beschikbaar, mede door het (nog) ontbreken van de benodigde ICT-voorzieningen
- Diabetesverpleegkundigen krijgen een steeds belangrijker rol bij de begeleiding van DM-patiënten, zowel poliklinisch als bij opname van DM-patiënten voor een andere aandoening.
- Regionale samenwerking in preventie van DM staat nog in de kinderschoenen.

kunnen de (meeste) huisartsen via hun HIS het succes van de DM-behandeling controleren aan de hand van het vastgelegde HbA1c-niveau over de afgelopen jaren.

Leefstijlveranderingen

DVK's bespreken met hun patiënten mogelijke leefstijlveranderingen, zoals stoppen met roken, goede voeding en voldoende bewegen. Individuele aandacht is echter niet genoeg. Incidenteel werkt men samen met longartsen en cardiologen op een 'stop-met-roken-poli' of met sportcomplexen en fysiotherapeuten voor de ontwikkeling en uitvoering van bewegingsprogramma's.

Sommige ziekenhuizen verwijzen actief door naar cursussen buiten het ziekenhuis. Slechts in twee ziekenhuizen bleek een 'stop-met-roken-poli' of een obesitaspoli aanwezig. Samenwerking met eerstelijnsvoorzieningen als thuiszorg en GGD voor primaire of secundaire preventie staat nog in geen enkel ziekenhuis op de agenda.

• Best practice

In één ziekenhuis werken diëtisten en DVK's intensief samen met een psycholoog om te bepalen bij welke patiënten een leefstijlinterventie zinvol is. Daarbij wordt ook getraind op de meest effectieve aanpak.

Patiënt en patiëntenvereniging

Steeds meer patiënten willen een actieve rol bij de eigen behandeling. Ze wil-

gegevens is voor patiënten nog nergens mogelijk.

• Best practice

In één regio heeft de lokale DVN-afdeling een artikel over optimale diabeteszorg in een huisartsenpraktijk toegezonden aan alle huisartsen. Dit werd vergezeld door een vriendelijk maar dringend verzoek om voor iedere DM-patiënt op een vergelijkbaar hoog niveau zorg te verlenen.

Verpleeghuiszorg

Over de kwaliteit van DM-zorg in verpleeghuizen is weinig bekend. Geen van de acht ziekenhuizen werkt structureel samen met een verpleeghuis. Dat is jammer, aangezien daar winst is te behalen met het uitstellen van complicaties - met name amputaties - door protocolaire behandeling door een DVK.

EPIDEMIE AANPAKKEN

Op dit moment is de zorg voor DM-patiënten verbrokken. In geen van de onderzochte acht regio's is sprake van gestructureerde ketenzorg. Er zijn prima voorbeelden van goede zorg in de eerste lijn door huisartsen met praktijkondersteuners en in de tweede lijn door specialisten met DVK's, ondersteund door protocollen en richtlijnen. Maar gegevens over de kwaliteit van de intra- of transmurale zorg aan de hand van proces- en uitkomstparameters ontbreken.

Patiënten hebben nog geen elektronische toegang tot hun eigen gegevens of ziektegeschiedenis en worden vaak

Er is nog veel te doen. Patiënten en professionals, overheid en zorgverzekeraars zijn doordrongen van de noodzaak deze epidemie van de 21ste eeuw goed en doordacht aan te pakken. Nu de praktische uitwerking nog. ■

L.J. Schmit Jongbloed,
arts, MBA, LSJ Medisch Projectbureau Leiden

drs. D.C. Duchatteau,
MBA, LSJ Medisch Projectbureau Leiden

prof. dr. B. Meyboom-de Jong,
emeritus hoogleraar huisartsgeneeskunde UMC Groningen

ir. G. van Gulick,
secretaris Ziekenhuisketen

Correspondentieadres: info@lsjmp.nl

Inzage in de eigen gegevens is voor patiënten nog nergens mogelijk

len (elektronisch) inzicht in hun status (labuitslagen), thuis glucosemetingen verrichten en in overleg met DVK of praktijkondersteuner zelf bepalen of poliklinische controle nodig is. De regionale afdelingen van de Diabetes Vereniging Nederland (DVN) worden ook steeds actiever bij het bepalen en in beeld brengen van de verschillen in kwaliteit van zorg tussen huisartsen, internisten, DVK's en ziekenhuizen. Inzage in eigen

nog onvoldoende geïnformeerd. Controle van de ziekte staat op de voorgrond, preventie van DM staat in de kinderschoenen.

De zorg voor DM-patiënten die voor een andere aandoening worden opgenomen kan veel beter. Bij iedere opname van een DM-patiënt moet een DVK worden ingeschakeld om de diabeteszorg goed af te stemmen en om de afdelingsverpleegkundigen goed te informeren.

MC-artikelen over diabetes-ketenzorg vindt u via onze website:
www.medischcontact.nl/dezeweek.



Referenties

1. Ravensbergen J. Een kijkje in de internationale keuken. Nieuwsbrief ZonMW 7-2004.
2. Diabeteszorg Beter. Rapport van de Taakgroep Programma Diabeteszorg, juni 2005.
3. Jeroen Bosch Ziekenhuis, Kennemer Gasthuis, Maasland Ziekenhuis, Máxima Medisch Centrum, Meander Medisch Centrum, Medisch Centrum Alkmaar, Reinier de Graaf Groep, Ziekenhuisgroep Twente.
4. Houweling ST. Taakdelegatie in de eerste- en tweedelijns diabeteszorg; promotie 21 december 2005, Rijksuniversiteit Groningen.