

GESTRUCTUREERD TEAMWORK

Diabeteszorg volgens protocol

Kwalitatief goede diabeteszorg kost veel tijd en vooral de huisartsenpraktijk wordt hiermee belast. Verpleegkundige ondersteuning kan soelaas bieden, mits er vooraf waterdichte afspraken worden vastgelegd. De visie van de Diabetes Huisartsen Adviesgroep.

Y. GROENEVELD
G.E.H.M. RUTTEN
W.J.C. DE GRAUW
G.D. VALK
K. REENDERS

Ongeveer 75 procent van de circa 300.000 mensen die bekend zijn met type 2 diabetes wordt door de huisarts begeleid. De manier waarop dit behoort te gebeuren, is te lezen in de - in 1999 herziene - NHG-standaard Diabetes Mellitus type 2. Hierin wordt de diabeteszorg beschreven als gestructureerd teamwork. Opsporing, diagnosestelling, het vaststellen van het risicoprofiel, educatie, behandeling en controles maken daar deel van uit.

Het merendeel van deze taken wordt uitgevoerd door de huisarts en de praktijkassistente. De diëtiste verzorgt een deel van de educatie en het huisartsenlaboratorium voert een deel van het bloed- en urineonderzoek uit. In toenemende mate worden diabetesverpleegkundigen bij de eerstelijnsdiabeteszorg betrokken om mensen te helpen bij zelfcontrole en het insulinespuiten.

De huisarts blijft verantwoordelijk

voor de behandeling van de patiënt, maar een groot aantal van de in de NHG-standaard beschreven taken wordt al buiten de huisartsenpraktijk uitgevoerd. Diabetesdiensten zijn betrokken bij de zorg voor circa 15 procent van de door de huisarts behandelde mensen met diabetes type 2.

Naar verwachting zullen ziekenhuizen zodra de financiering rond is een soortgelijk zorgpakket gaan aanbieden, maar dan in transmurale centra onder verantwoordelijkheid van een internist. Dan zou de huisarts de diabeteszorg geheel uit handen kunnen worden genomen. Als de diabeteszorg echter in volle omvang in een huisartsenpraktijk wordt uitgeoefend, legt dit een fors beslag op de huisarts en de assistente.¹

Inmiddels is door de overheid de praktijkverpleegkundige geïntroduceerd om de taken van de huisarts te verlichten. Aangezien de diabeteszorg wel bij uitstek in aanmerking komt voor ondersteuning willen de meeste huisartsen (85%) dan ook de verpleegkundige hierbij inzetten, onder voorwaarden.²

Om de nieuwe mogelijkheden optimaal te benutten, zijn aanpassingen van de praktijkvoering en heldere afspraken over taakverdeling nodig. De Diabetes Huisartsen Advies Groep (DihAG) heeft hier ideeën over ontwikkeld.³

ESSENTIEEL

Alvorens de samenwerking met een ondersteunende verpleegkundige⁴ wordt aangegaan moet een analyse worden gemaakt van de diabeteszorg in de eigen praktijk. *Disease management* vereist een protocollaire opzet van zorg, een sluitend afspraak- en registratiesysteem, coördinatie met andere hulpverleners in een diabetesteam en periodieke evaluatie van deze vereisten.⁵ Protocollen zijn onmisbaar en een essentieel punt is dat wordt vastgelegd in welke situaties overleg met de huisarts nodig is.

Als de verpleegkundige een belangrijke rol krijgt toegekend, ligt het instellen van een diabetessprekkuur voor de hand. De verschillende activiteiten rond controle en educatie kunnen dan opti-

maal op elkaar worden afgestemd. Hiervoor zal de verpleegkundige een passende ruimte tot haar beschikking moeten hebben, met onder meer een bloedglucosemeter, een weegschaal, een bloeddrukmeter en een lengtemaatlat. Omdat zij vrije toegang dient te hebben tot het (elektronisch) medisch dossier van de patiënten is een HIS-station in deze ruimte onontbeerlijk.

De huisarts moet tijdens het diabetessprekkuur van de verpleegkundige beschikbaar zijn voor consultatie en overleg.

Zeker in de aanvangsperiode zal op elk spreekuur van de verpleegkundige een nabespreking met de huisarts volgen.

Omdat de praktijkassistente meestal reeds een rol in de diabeteszorg speelt, zal overdracht van een deel van haar taken aan de praktijkverpleegkundige soms op weerstand stuiten. Daarom is een goede afstemming van de taak van de praktijkassistente en de verpleegkundige noodzakelijk (zie het overzicht).

TAKEN

De mogelijkheden van de (praktijk)verpleegkundige op het gebied van de diabeteszorg liggen vooral op de volgende terreinen:

- *Opsporing.* De huisartsenpraktijk is bij uitstek de plaats waar diabetes in een vroeg stadium kan worden gediagnosticeerd. Naast de *case-finding* door de huisarts kan de praktijkverpleegkundige met behulp van het HIS gericht mensen met een verhoogd risico opsporen.

- *Borging.* Om ervoor te zorgen dat iedere in de praktijk ingeschreven patiënt met diabetes passende zorg ontvangt, is het nodig dat er een lijst van de diabetespatiënten wordt opgesteld. Hierop moet per patiënt de primair ver-

taken/mogelijkheden
sterke kanten
beperkingen

antwoordelijke hulpverlener zijn vermeld, de wijze van behandeling, de overige risicofactoren, de aanwezige complicaties en de comorbiditeit. Als iemand geen gehoor geeft aan de uitnodiging voor het diabetesprekeuur, zoekt de praktijkverpleegkundige contact. Mensen die niet naar de praktijk kunnen komen, bezoekt zij thuis.

De verpleegkundige entameert daarnaast het uitgebreide laboratoriumonderzoek dat bij de jaarcontrole hoort. Zij ziet erop toe dat oogheelkundig onderzoek plaatsvindt en dat ten minste jaarlijks voetonderzoek wordt uitgevoerd.

• **Educatie.** Educatie is het fundament van de diabeteszorg. Nadat de diagnose is gesteld geeft de verpleegkundige de nieuwe patiënt, zo mogelijk in aanwezigheid van diens partner, in enkele sessies van ongeveer een half uur informatie over de ziekte. Zij leert de patiënt hoe om te gaan met zijn of haar chronische, ernstige ziekte. Gedurende deze primaire educatie worden ook enkele consulten bij de diëtiste gerealiseerd. De verpleegkundige heeft een goed overzicht van het beschikbare foldermateriaal en de informatiebronnen op het internet.

Wanneer patiënten maximaal orale bloedglucoseverlagende medicatie gebruiken en de introductie van insuline wordt overwogen, moet hun eerst bloedglucosezelfcontrole en vervolgens (meestal) het injecteren van insuline worden aangeleerd. Dit is de specifieke taak van een diabetesverpleegkundige. Daarnaast dient deze veel aandacht te besteden aan de interpretatie van meet-

waarden en aan aanpassing van de therapie aan bijzondere omstandigheden, zoals ziekte en reizen.

• **Controle.** De diabetescontrole van mensen zonder ernstige complicaties vindt eenmaal per drie maanden plaats. Daarbij wordt rekening gehouden met individuele streefwaarden. De praktijkverpleegkundige zal dit driemaandelijkse onderzoek voor haar rekening nemen en bij afwijkende bevindingen de huisarts consulteren. Op dit punt past een waarschuwing. Als over het consulteren van de huisarts tussen de verpleegkundige en de huisarts geen waterdichte afspraken

van diabetes (in combinatie met comorbiditeit en polyfarmacie) is immers onontbeerlijk. Zo wordt bovendien voorkomen dat de huisarts slecht een 'papieren' rol speelt, met als gevolg dat hij na verloop van tijd expertise verliest.

• **Signalering.** De inschakeling van de verpleegkundige brengt de huisarts ertoe de diabeteszorg te expliciteren. Er moeten afspraken over taken en verantwoordelijkheden worden gemaakt.

Het begrip 'risico' staat centraal bij de signalering. Naarmate meer risicofactoren aanwezig zijn, is de zorg complexer en meer tijdrovend. Voor iedere risico-

Waterdichte afspraken over het consulteren van de huisarts

worden gemaakt, kan dit leiden tot uitsstel van aanpassing van de medicatie tot de jaarcontrole, hetgeen in feite betekent dat de driemaandelijkse controle nutteloos was, of tot het aanpassen van de medicatie door de verpleegkundige, wat niet past binnen haar bevoegdheden.

Eenmaal per jaar vindt een uitgebreide diabetescontrole plaats. Ook in dit geval kunnen enkele onderdelen door de verpleegkundige worden uitgevoerd, maar de DiHAG acht het van groot belang dat de huisarts in een dubbel consult de tijd neemt om alle onderdelen van de behandeling en controle samen met de patiënt te bespreken. Medische expertise bij de behandeling

factor afzonderlijk moet dus worden afgesproken welk beleid er wordt gevoerd bij licht afwijkende waarden en bij welke waarden en op welke wijze er overleg met de huisarts plaatsvindt. Zo moet bijvoorbeeld ook duidelijk zijn of patiënten met voetproblemen al dan niet na tussenkomst van de huisarts door de praktijkverpleegkundige kunnen worden verwezen voor een podotherapeutisch consult.

• **Evaluatie.** Reguliere evaluatie schept gerichte mogelijkheden om het zorgproces bij te stellen. De praktijkverpleegkundige beschikt over alle gegevens om met behulp van het HIS overzichten te maken die zij kan inbrengen in het >>

Overzicht. Eigenschappen van de diverse disciplines werkzaam in de eerstelijnsdiabeteszorg.

doktersassistente (MBO)	wijkverpleegkundige (HBO)/doktersassistente met extra scholing	diabetesverpleegkundige (HBO +)	huisarts
oproepen voor spreekuur, gewicht, glucose en bloeddruk meten, register en controle oogarts bijhouden, uitgebreid laboratorium onderzoek plannen, receptverlenging	educatie 1*, driemaandelijkse controle, kwaliteitsjaarverslag	educatie 2**, voetcontrole, insuliner therapie, insulinedosering, begeleiden van doktersassistente en verpleegkundige	medicatie vaststellen, individuele risicoanalyse, jaarcontrole/complex morbiditeit
bekend met de patiënten, vaste samenwerkingsrelatie met eigen huisarts, lage drempel voor patiënten, ingevoerd in HIS, kan controles los van spreekuur doen	eigen verantwoordelijkheid (BIG), voldoende pathofysiologische kennis, werkgeverschap mogelijk bij thuiszorg	uitgebreide kennis (indien ervaren), kan zelfstandig werken, samenwerking met de tweede lijn	diagnostische en therapeutische kennis, overzicht morbiditeit
beperkte pathofysiologische kennis, geen zelfstandige medische verantwoordelijkheid (BIG), uitgebreide protocollering vereist	onduidelijke status qua kennis en verantwoordelijkheid	moet met meerdere praktijken worden gedeeld, dus beperkte toegankelijkheid voor patiënten	beperkte tijd beschikbaar

* betreft algemene kennis over diabetes, de complicaties en de manieren om deze te beperken en begeleiding bij gedragsverandering

** betreft met name kennis van zelfcontrole en zelfregulatie



FOTO: HANS OOSTRUM

Voetcontrole is een van de taken van de praktijkverpleegkundige

<< toetsingsoverleg in de hagro en het kwaliteitsjaarverslag van de praktijk. Uit deze gegevens is ook vast te stellen wie de diabeteszorg daadwerkelijk heeft uitgevoerd en dus naar wie de honorering wordt overgemaakt. Na anonimisering kunnen de gegevens ook worden gebruikt voor regionale benchmarking en planning van voorzieningen.

GROEIMODEL

De activiteiten van de praktijkverpleegkundige op het gebied van de diabeteszorg worden beïnvloed door haar deskundigheidsniveau en door de praktijkomstandigheden. Veelal zal een groeimodel worden gevolgd. Doordat de

kennis van de praktijkverpleegkundige toeneemt als gevolg van nascholing en begeleiding door de huisarts en doordat zij steeds meer ervaring krijgt, zal de huisarts steeds meer taken aan haar kunnen delegeren.

Ook hier past een waarschuwing. De huisarts dient zelf voldoende kennis en ervaring te houden ten aanzien van bijvoorbeeld het opstellen van de gewenste therapieschema's of het beoordelen van de voeten van mensen met diabetes. Juist wanneer een verpleegkundige met veel enthousiasme en kennis de diabeteszorg 'overneemt', bestaat het gevaar dat de huisarts zich na verloop van enkele jaren dermate onthand voelt, dat hij zich niet

SAMENVATTING

- De praktijkverpleegkundige zal in toenemende mate een bijdrage leveren aan de eerstelijnszorg voor mensen met diabetes mellitus type 2.
- De Diabetes Huisartsen Adviesgroep (DiHAG) spreekt zich uit voor samenwerking die in een protocol is vastgelegd. Een analyse van de diabeteszorg in de eigen praktijk ligt hieraan ten grondslag.
- De praktijkverpleegkundige taken liggen op het gebied van opsporing van mensen met diabetes type 2, het erop toezien dat alle patiënten de nodige zorg krijgen, het geven van educatie en het uitvoeren van diabetescontroles.
- De huisarts voert de jaarlijkse controle uit.

meer in staat acht up-to-date diabeteszorg te verlenen. Wat voor veel aandoeeningen geldt, geldt ook voor diabetes: een voldoende aantal patiëntencontacten is noodzakelijk om de praktische kennis op peil te houden. <<

dr. Y. Groeneveld,
huisarts, staflid afdeling Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde, Leids Universitair Medisch Centrum

prof. dr. G.E.H.M. Rutten,
huisarts, hoogleraar diabetologie voor de eerste lijn, Julius Centrum voor Huisartsgeneeskunde en Patiëntgebonden Onderzoek, Universitair Medisch Centrum Utrecht

dr. W.J.C. de Grauw,
huisarts, staflid vakgroep Huisartsgeneeskunde, Katholieke Universiteit Nijmegen

dr. G.D. Valk,
huisarts, staflid afdeling Huisartsgeneeskunde, Vrije Universiteit Amsterdam

dr. K. Reenders,
staflid afdeling Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Groningen

Diabetes Huisartsen Advies Groep (DiHAG)

Correspondentieadres: DiHAG, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht.

Referenties

1. Valk GD, Blankenstein AH. Hoeveel tijd kost toepassing van de herziene NHG-Standaard Diabetes Mellitus Type 2? *Huisarts Wet* 2000; 43: 151-4.
2. Koert AM, Veen-de Vries N, Haan J de. Werkdruk en delegeren in de huisartspraktijk. *De Huisarts*; 2000;4:15-19.
3. De DiHAG is een groep huisartsen met bijzondere expertise op het terrein van diabetes, uiteengezet namens de LHV en het NHG vertegenwoordigt zij de huisartsen in de Nederlandse Diabetes Federatie.
4. Met het oog op de leesbaarheid is er in dit artikel van uitgegaan dat de praktijkverpleegkundige een vrouw is. Hoewel niet alle praktijkondersteuners verpleegkundigen zijn, is de term 'praktijkverpleegkundige' aangehouden.
5. Rutten GEHM, Verhoeven S, Heine RJ, De Grauw WJC, Crommie PVM, Reenders K et al. NHG-Standaard Diabetes Mellitus Type 2 (eerste herziening). *Huisarts Wet* 1999; 67-84.