

Zorgprogramma DIABETES

GEZOND

Initiatiefnemers en deelnemers

Naam Projectleider:	drs. F.G. Zevenbergen
Praktijkverpleegkundige:	mw. R. de Vos
Kwaliteitsmanager:	mw. dr. A.M. Lievense
Bestuur Gezond	drs. L.K. van Tol
Manager Gezond	mw. drs. A. van der Zwan
Datum versie:	21 oktober 2014
Adres:	Parklaan 8, 2771 GB te Boskoop
Telefoonnummer:	0172-210553
E-mailadres:	gert.zevenbergen@mcparklaan.nl

Namen deelnemende huisartsen: dr. D.P. Shackleton, drs. F.G. Zevenbergen, drs. L.K. van Tol

Overige deelnemers: Diëtisten Boskoop; Boskoopse Apotheek; thuiszorgorganisaties Boskoop; Samenwerkende Fysiotherapeuten Boskoop

Totaal aantal patiënten in Medisch Centrum Parklaan: ±8500

Inhoudsopgave

HOOFDSTUK 1 INLEIDING

1.1 Beschrijving Huidige Zorg.....	3
1.2 Regionale situatie	3
1.3 Zorgvisie.....	4
Specifiek met betrekking tot diabetes	4

HOOFDSTUK 2 PROBLEEMSTELLING

HOOFDSTUK3 ZIEKTESPECIFIEKE ZORG

3.1 Vroege opsporing in risico populatie	7
<i>Indicatie (in- exclusie criteria)</i>	7
<i>Behandeling en begeleiding</i>	7
<i>Gegevens ten behoeve van kwaliteitsindicatoren</i>	7
3.2 Vroege opsporing bij de huisarts (case finding).....	7
<i>Indicatie (in- exclusie criteria)</i>	7
<i>Behandeling en begeleiding</i>	8
3.3 Diagnose.....	8
<i>Inclusiecriteria</i>	8
<i>Gezondheidstoestand en ziektelast</i>	9
<i>Behandeling en begeleiding</i>	10
<i>KIS</i>	11
3.4 Individueel zorgplan en behandeling.....	12
<i>Voorlichting</i>	12
<i>Niet medicamenteuze adviezen en begeleiding</i>	12
<i>Medicamenteuze behandeling en begeleiding</i>	13
<i>Medicatie</i>	13
<i>Influenzavaccinatie</i>	14
3.5 Begeleiding, maatschappelijke participatie en re-integratie.....	14
<i>Psychosociale begeleiding en behandeling</i>	14
<i>Maatschappelijke participatie</i>	14
<i>Re-integratie</i>	14

HOOFDSTUK 4 GENERIEKE ZORG 15

4.1 Informatie, voorlichting, educatie	15
4.2 Zorgmodule “Bewegen”	16
4.3 Zorgmodule “Voeding & dieet”	16
4.4 Zorgmodule “Stoppen met Roken”	18
4.5 Zorgmodule “Medicatie en medicatiebewaking”	20
4.6 Zorgmodule “Preventie influenza”	21
4.7 “Zwangerschapswens”	21
4.8 Zorgmodule “Depressie”	21
4.9 Zorgmodule “Zelfmanagement”	22

HOOFDSTUK 5 ORGANISATIESTRUCTUUR..... 23

Patiënt.....	23
Huisarts.....	23
Praktijkverpleegkundige (POH).....	24
Doktersassistente.....	24
Apotheek.....	24
Diëtiste.....	25
Fysiotherapie	25

Hoofdstuk 6 Bijlagen 26

Bijlage 1 Werkafspraken dieetadvisering.....	26
Bijlage 2 Fysiotherapie.....	30

HOOFDSTUK 1 INLEIDING

1.1 Beschrijving Huidige Zorg

In Nederland is in 2007 bij ongeveer 740.000 mensen diabetes mellitus vastgesteld, wat neerkomt op een prevalentie van 40 mannen/1000 en 41 vrouwen/1000. In de leeftijdsgroep 40 tot 70 jaar komt diabetes meer bij mannen dan bij vrouwen voor en boven de 75 jaar meer bij vrouwen. Voor mensen van Marokkaanse, Turkse en Surinaamse afkomst geldt een twee- tot viermaal hogere prevalentie; voor personen van Hindoestaanse afkomst ligt de prevalentie nog hoger.

Het doel van het zorgplan diabetes is kwalitatief goede zorg leveren aan de diabetespatiënten, en complicaties zoals hart en vaatziekten, nefro- retino en neuropathie te voorkomen of te vertragen en eventuele klachten te verminderen. Zo is de mortaliteit als gevolg van coronaire hartziekten voor mannen met diabetes mellitus type 2 tweemaal en voor vrouwen met deze ziekte driemaal hoger dan in de algemene bevolking

Huisartsen werken van oorsprong al zoveel mogelijk via de NHG-standaard Diabetes, welke recent vernieuwd is (derde herziene versie oktober 2013). Door de ROHMH en RDMH (Regiozorg Diabetes Midden Holland) is in 2009^{de} DBC diabetes opgesteld, waarbij ook de Boskoopse huisartsen en dietisten zijn aangesloten om zo structureel zorg aan diabetici te kunnen leveren en te verbeteren. Middels scholing (o.a. Langerhanscursus) en werken met Porta Vita als keteninformatie systeem zijn hier al een belangrijke stappen ingemaakt.

Bedoeling is ook deze lijn zoveel mogelijk te blijven volgen en verder te optimaliseren. In dit zorgplan wordt daarom ook uitgegaan van de NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 en de reeds gemaakte protocollen en richtlijnen vanuit de RDMH voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met diabetes.

Om goede zorg te leveren richt de behandeling zich hierbij zowel op goede regulering van de bloedglucosewaarden en periodieke controle van nieren, ogen en voeten, als op maatregelen om de cardiovasculaire risicofactoren gunstig te beïnvloeden. Bij dit alles is een gestructureerde aanpak vereist en goede educatie en begeleiding nodig om de therapietrouw te bevorderen. Zelf management vanuit de patient speelt hierbij een steeds belangrijkere rol

Wat de behandeling van cardiovasculaire risicofactoren betreft, sluit het zorgplan aan bij het zorgplan CVRM

1.2 Regionale situatie

Uit zelfrapportage gegevens van de GGD* (kernboodschappen voor lokaal

Gezondheidsbeleid in Midden-Holland 2011) blijkt het volgende:

*

-percentage diabeten onder 65+ : 14%

-percentage diabeten 12-18 jaar: 1% en 19-64 jaar: 2%, dit volgt het landelijk gemiddelde.

Met betrekking tot life-style:

Roken: jongeren:17% , volwassenen tot 65 jaar: 22% en ouderen: 12%

Overgewicht: volwassenen tot 65 jaar: 40% en ouderen: 54%

Onvoldoende beweging: volwassenen: 51% en ouderen: 35%

Driekwart van de volwassenen zou te weinig groente of fruit eten.

Opvallend is nog dat het percentage alcohol gebruik onder jongeren (60% van 12-18 jaar tov 51% landelijk gemiddelde) en binge drinken (41% tov 36% landelijk gemiddelde) hoger ligt dan het landelijk gemiddelde.

1.3 Zorgvisie

Onze visie op de-zorg bestaat uit de volgende elementen:

1. De behandeling wordt aangepast aan de aard en de ernst van de problemen die een patiënt ervaart in de integrale gezondheidstoestand en de onderliggende adaptatieproblemen.
2. Het hoofddoel van alle zorginspanningen is het bevorderen van de integrale gezondheidstoestand.
3. Dit hoofddoel wordt bereikt door middel van twee centrale behandelstrategieën:
 - a. het optimaliseren van het fysiologisch functioneren;
 - b. het optimaliseren van het dagelijks functioneren en de kwaliteit van leven.
4. De aangeboden behandelingen zijn aangetoond effectief, efficiënt, veilig, worden op tijd geboden en houden rekening met de specifieke kenmerken van de patiënt.
5. Diagnostiek en behandeling vinden multidisciplinair plaats en leiden tot een individuele behandeling rekening houdend met wensen en draaglast/draagkracht van de patiënt.

Specifiek met betrekking tot diabetes:

Het doel van de behandeling : voorkómen en behandelen van klachten en complicaties zoals (toename van) hart- en vaatziekten, nefro-, retino- en neuropathie.

Elke patiënt ontvangt educatie en leefstijladviezen (niet roken, goede voeding, gewichtsbeheersing, voldoende bewegen) en deze worden door de zorgverleners regelmatig herhaald

Streven naar een goede glykemische instelling (HbA1c <7%), zonder ernstige hypoglykemieën.

Streven naar goede regulatie van de bloeddruk (systolisch <140 mmHg).

Starten van orale glucoseverlagende behandeling met metformine.

Elke diabeet krijgt een statine voorgeschreven, ongeacht de uitgangswaarde van het cholesterolgehalte, tenzij de patiënt tot de subgroep behoort bij wie de indicatie minder strikt is en/of de patiënt hiervan afziet.

Jaarlijks bij elke diabeet de creatinineklaring berekenen

Bij alle patiënten met een levensverwachting van 10 jaar of meer nagaan of er albuminurie bestaat.

Ingeval van albuminurie een RAS-remmer is geïndiceerd.

HOOFDSTUK 2 PROBLEEMSTELLING

Er bestaan diverse knelpunten bij de zorg voor patiënten met Diabetes.

1. Gezondheidsschade kan voor een groot deel worden voorkomen door goede regulering van de glucose waarden, om zo hart en vaatziekten en nefro, retino en neuropathie, die in belangrijke mate de kwaliteit van leven bepalen, te voorkomen of te vertragen. Goede begeleiding en verdere screening op risicoprofielen is essentieel.
2. Ook begeleiding bij de overige modules zoals het stoppen met roken, ontwikkeling van beweegprogramma's, gezonde voeding, verlaging van cholesterol en vermindering van stress moeten beter op elkaar worden afgestemd en gereguleerd.
3. Zelfmanagement moet steeds meer centraal komen te staan bij de aanpak van Diabetes aangezien dit betere resultaten laat zien. Dit vergt een andere insteek en benadering dan men misschien als zorgverlener gewend is. De zorgverlener zal meer coachend met de patiënt bezig zijn. Dit vraagt in essentie een goede motivatie vanuit de patiënt.
4. De DM zorg in Boskoop moet meer gestructureerd worden aangepakt, zodat er sprake is van een multidisciplinaire aanpak. Dit vergt een betere samenwerking tussen huisartsen, praktijkverpleegkundigen (poh), fysiotherapeuten, apotheek, diëtistes, oefentherapeuten en wijkzorg en pedicure om goed in te kunnen spelen op de patiënt en betere begeleiding te kunnen bieden rondom diens diabetes.
5. Betere samenwerking tussen eerste en tweede lijn, o.a. internisten in de regio op gebied van risico inventarisering, consultatie en begeleidingsprogramma's is wenselijk. Hierdoor zou o.a. door betere preventie en behandeling in de eerste lijn, opname en behandeling in de tweede lijn gereduceerd kunnen worden wat in het geheel kostenreductie met zich mee zal brengen.

HOOFDSTUK 3 ZIEKTESPECIFIEKE ZORG

3.1 Vroege opsporing in risico populatie

Indicatie (in- exclusie criteria)

Voor het krijgen van diabetes zijn een aantal risicofactoren, namelijk de leeftijd, de aanwezigheid van overgewicht, het type vetverdeling (middelomtrek) en de mate van lichamelijke activiteit. De incidentie van diabetes neemt eveneens toe bij een toename van de middelomtrek. Bij vrouwen met een buikomvang >88 cm en mannen met een buikomvang >102 cm bleek het risico op diabetes vier keer hoger. Hiernaast zijn nog een aantal risicogroepen te onderscheiden:

- Patiënten van Hindoestaanse afkomst, ouder dan 35 jaar
- Vrouwen die zwangerschapsdiabetes hebben doorgemaakt
- Patiënten boven de 45 jaar met:
 - o Diabetes mellitus type 2 bij ouders, broers of zussen;
 - o Hypertensie (zie protocol hypertensie)
 - o Manifeste hart- en vaatziekten (zie protocol CVRM)
 - o Vetwisselingsstoornissen
 - o BMI boven de 27
 - o Van Turkse, Marokkaanse of Surinaamse afkomst

Bij de meest voorkomende niet-westerse etnische minderheidsgroepen in Nederland (Turken, Marokkanen en Surinamers) blijkt dat de prevalentie van type-2-diabetes mellitus twee- tot viermaal hoger is dan bij de autochtone bevolking.

Behandeling en begeleiding

Bij bovenstaande risicopopulatie wordt een keer per drie jaar de bloedglucosewaarde bepaald. Bij vrouwen die zwangerschapsdiabetes hebben meegemaakt wordt de eerste vijf jaar jaarlijks gecontroleerd, hierna om de drie jaar. Afkapwaarden welke worden gehanteerd worden toegelicht in hoofdstuk 3.2. aan de hand van deze afkapwaarden wordt verder beleid bepaald.

Gegevens ten behoeve van kwaliteitsindicatoren

Vanuit de in Porta Vita geregistreerde gegevens kunnen steeds meer indicatoren geextraheerd worden om kwaliteit in zorg mbt diabetici te verbeteren.

3.2 Vroege opsporing bij de huisarts (case finding)

Indicatie (in- exclusie criteria)

De huisarts bepaalt de bloedglucosewaarde bij mensen met klachten of aandoeningen die het gevolg kunnen zijn van diabetes mellitus, zoals dorst, polyurie, vermagering, pruritus vulvae op oudere leeftijd, mononeuropathie, neurogene pijnen en sensibiliteitsstoornissen.

Daarnaast wordt 1 keer per 3 jaar de nuchter glucose bepaald bij de risicopopulatie welke in hoofdstuk 3.1 is beschreven.

Afkapwaarden zijn:

Capillair volbloed:	Veneus plasma
< 5.6	< 6.1

Wanneer waardes worden gevonden boven de afkapwaardes is er sprake van mogelijk diabetes. Er wordt dan gestart met het stroomschema welke te zien is onder hoofdstuk 3.3

Behandeling en begeleiding

Behandeling en begeleiding van patiënten met nieuwe gediagnosticeerde diabetes zal verlopen conform de NHG-standaard Diabetes Mellitus 2. Behandeling en begeleiding staan in hoofdstuk 3.3 beschreven.

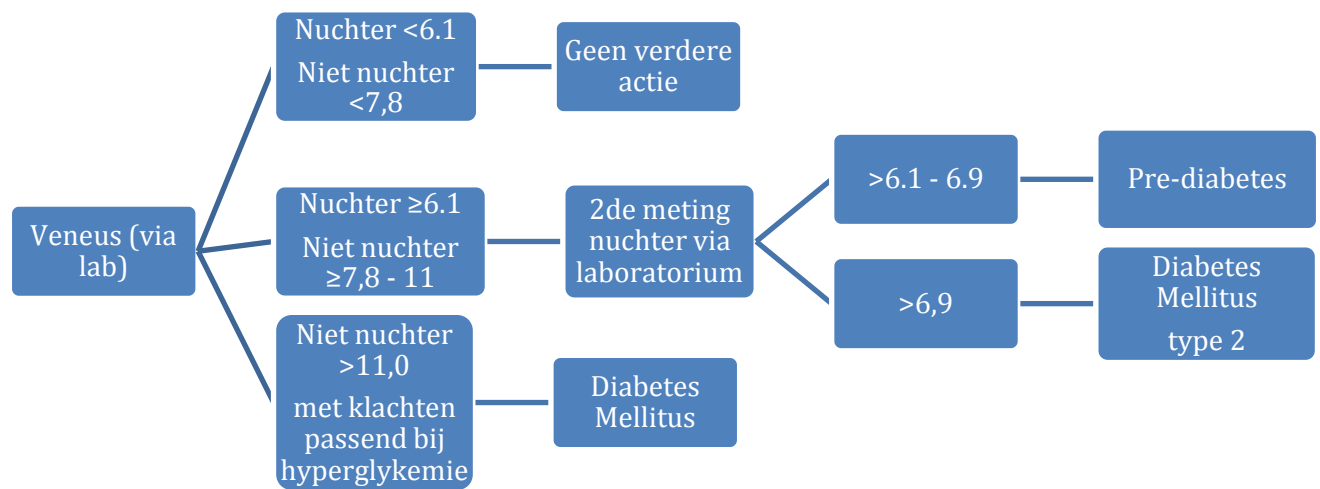
Wanneer de uitslag onder de afkapwaarde komt, is driejaarlijkse controle van de nuchtere glucose voldoende.

3.3 Diagnose

Inclusiecriteria

De diagnostiek van diabetes mellitus berust op het aantreffen van verhoogde bloed- of plasmaglucozewaarden. Nuchtere waarden hebben de voorkeur. Een nuchtere glucosewaarde houdt in dat ten minste 8 uur geen calorieën zijn ingenomen. De diagnose diabetes mellitus mag worden gesteld als men op twee verschillende dagen twee glucosewaarden boven de afkapwaarden (>6.9) voor diabetes mellitus vindt of een willekeurige glucosewaarde >11,0 mmol/l in combinatie met klachten die passen bij hyperglykemie. Voor het stellen van de diagnose speelt de waarde van het HbA1c, conform internationale afspraken, geen rol.

Glucosewaarden kunnen worden bepaald in capillair volbloed of in veneus plasma. Voor het stellen van de diagnose wordt het veneus plasma gebruikt.



*) via laboratorium. Laat de volgende waarden bepalen: nuchter glucose, HbA1c, Tot cholesterol, HDL, LDL, TG, kreatinine, albumine/creatinineratio in de urine, creatinineklaring (MDRD) (op wit lab-form aankruisen: DM jaarlijks en eGFR) Na de diagnose DM of gestoorde glucosetolerantie vindt altijd overleg met de arts plaats. De arts noteert de diagnose in de probleemlijst

Gezondheidstoestand en ziekte last

Nadat de diagnose is gesteld wordt door middel van een anamnese wordt na de diagnose de gezondheidstoestand in kaart gebracht. Dit gebeurt door de huisarts of praktijkverpleegkundige.

De volgende punten worden in kaart gebracht:

1. Risico-inventarisatie via Portavita
2. Verwijzen naar diëtiste
3. Kwartaal controle:
 - Algemeen welbevinden
 - Voedingsgewoonten, problemen met het volgen van het voedingsadvies
 - Problemen met therapietrouw
 - Mate van herkennen van verschijnselen die duiden op hypoglykemie (honger, hartkloppingen, gapen, duizeligheid, verwardheid, beven, rusteloosheid, tintelingen, wisselend humeur, sufheid of bewustzijnsstoornissen)
 - Voetklachten
4. Jaarlijkse controle: bovenstaande +:
 - Klachten van dorst, veel plassen, jeuk, infecties
 - Roken
 - Alcoholgebruik
 - Cafeïnegebruik
 - Gebruik van drop, zoethout, zouthoutthee, stimorol
 - Lichaamsbeweging
 - HVZ patiënt
 - HVZ ouders/broers/zussen voor 60^{ste} levensjaar
 - Claudicatie intermittens klachten
 - Datum laatste fundusscopie

- Laatste bezoek aan tandarts
- Seksuele problemen

Lichamelijk onderzoek:

Kwartaal:

- Verloop van gewicht
- Bloeddruk
- Pols (ritme en frequentie)
- Bij anamnestiche voetklachten: voetonderzoek

Jaarlijks: bovenstaande +

- Voetonderzoek
- Tailleomvang
- Spuitplekken

Behandeling en begeleiding

Voor de behandeling wordt onderscheid gemaakt in de pre-diabeten en de diabeten.

Pre-diabeten:

Patiënten vallen onder de groep pre-diabeten wanneer zij langer dan 1 jaar een nuchtere glucose onder de 6.9 en een HbA1c stabiel onder de 52, zonder het gebruik van medicatie voor diabetes.

Patiënten met pre-diabetes worden niet ingevoerd in portavita en krijgen de ICPC B85.01. Een keer per jaar wordt de jaarcontrole gedaan door de POH en één keer per jaar wordt er bij de doktersassistente een nuchtere glucose geprikt en de bloeddruk gemeten.

Diabeten

Bij een patiënt zonder klachten en met een goede metabole regulering is driemaandelijke controle voldoende. Driemaandelijke controles vinden plaats door de huisarts, POH of doktersassistente. Eenmaal per jaar vindt de jaarcontrole plaats bij de POH. Elke diabetes patiënt komt eenmaal per jaar bij de huisarts.

Bij de controles wordt aandacht besteed aan eventuele klachten, de glucoseregulering, het actuele cardiovasculaire risicoprofiel en het vroegtijdig onderkennen van complicaties.

Driemaandelijke controle

De huisarts informeert naar het welbevinden, het optreden van verschijnselen die wijzen op hyper- of hypoglykemie en problemen met de compliantie wat betreft het voedings- en bewegingsadvies en de medicatie, en hij bepaalt het lichaamsgewicht, de bloeddruk en de pols (frequentie en ritme).

Bij patiënten die worden behandeld met een voedingsadvies of tabletten, al of niet in combinatie met eenmaal daags insuline, wordt ook de nuchtere bloedglucosewaarde bepaald. Bij patiënten die twee- tot viermaal daags met insuline worden behandeld, is in plaats van de nuchtere waarde de 4-puntsglucosedagcurve maatgevend voor eventuele aan-

passing van de insulinedosering. Daarnaast wordt drie- tot zesmaandelijks het HbA1c bepaald.

Bij een doorgemaakt ulcus, standsafwijkingen van de voet of ernstige neuropathie is minstens driemaandelijkse controle van de voet door huisarts of podotherapeut geïndiceerd in verband met het hoge risico op een (nieuw) ulcus.

Jaarcontrole

Eenmaal per jaar is de controle uitgebreider. De huisarts informeert nu ook naar eventuele visusproblemen, angina pectoris, claudicatio intermittens, tekenen van hartfalen, alsmede sensibiliateitsverlies, pijn of tintelingen in de benen en eventuele tekenen van autonome neuropathie, zoals maagontledigingsproblemen of diarree. Ook bespreekt de huisarts eventuele seksuele problemen (erectieproblemen, libidoverlies, verminderde lubricatie) en mogelijke oorzaken en behandelingsmogelijkheden. Verder stelt de huisarts in ieder geval jaarlijks aspecten van de leefstijl aan de orde, zoals roken, lichaamsbeweging, alcoholgebruik, cafeïnegebruik en het gebruik van middelen met glycerine. Ook wordt de familieanamnese besproken op hart- en vaatziekten.

Ook als de patiënt geen klachten heeft, verricht de huisarts bij de jaarlijkse controle lichamelijk onderzoek gericht op het ontdekken van chronische complicaties. Het onderzoek bestaat uit de bepaling van het lichaamsgewicht, meting van de bloeddruk, tailleomvang en beoordeling van de conditie van de voeten en bij insulinegebruikers uit inspectie van de spuitplaatsen. Voetonderzoek bestaat uit: controle op wondjes, drukplekken, eeltvorming, infecties, conditie nagels, standsafwijkingen van de voet, pulsaties a.dorsalis pedis en a.tibialis posterior en neuropathie.

Bij de jaarlijkse controle worden de volgende bepalingen in het laboratoriumonderzoek bepaald:

- Nuchtere glucose
- HbA1c
- Cholesterol: totaal cholesterol, HDL, LDL, triglyceriden, cholesterol ratio
- Natrium, kalium, kreatinine
- MDRD
- ALAT
- Urine: albumine

Na de eerste controle wordt de funduscontrole jaarlijks herhaald. Alleen als er geen risicofactoren bestaan en er bij eerdere controle geen tekenen van retinopathie waren, kan met tweejaarlijkse controles worden volstaan.

KIS

Binnen de praktijk wordt gewerkt met een Keten Informatie Systeem (KIS) genaamd portavita. Portavita richt zich op de zorg voor mensen met een chronische aandoening. Het KIS ondersteunt het primaire proces conform het medische protocol van alle betrokken zorgverleners, de organisatie van het zorgproces, het monitoren van de kwaliteit en de resultaten en de zelfzorg door de patiënt. Portavita hecht aan standaarden en is dan ook gebaseerd op medische best practices, behandelprotocollen en standaarden.

3.4 Individueel zorgplan en behandeling

Het individuele zorgplan kan bestaan uit (een combinatie van) de volgende modules:

- Voorlichting
- Gezonde voeding
- Medicatie
- Influenzavaccinatie

Voorlichting

Informatie, voorlichting en educatie

De huisarts geeft de patiënt uitleg over de aard van de ziekte, de daaruit voortvloeiende noodzaak van periodiek onderzoek, en de mogelijke behandelingen. Aspecten die bij de voorlichting onder meer aan bod komen zijn: achtergronden van de ziekte, niet-medicamenteuze adviezen, behandeling en controlebeleid en factoren die de prognose bepalen. De patiënt moet inzicht hebben in het belang van:

- De streefwaarden voor de glykemische parameter, lipiden en bloeddruk;
- Het (zelf) formuleren van haalbare doelen met betrekking tot gewicht, rookgedrag, lichaamsbeweging en medicatietrouw;
- Dagelijkse inspectie van de voeten bij een matig of hoog risico op een ulcus en het dragen van passend schoeisel en sokken zonder dikke naden;
- Regelmatige oogheekundige controle;
- Herkenning van de signalen van een hyper- en een hypoglykemie en hoe hierop te reageren;
- Adequaat handelen bij ziekte, koorts, braken en verre reizen;
- (eventuele) controle en regulatie van de eigen bloedglucosewaarde.

Om de gewenste streefwaarden te halen en complicaties te voorkomen, is naast kennis ook gedragsverandering nodig. Educatie is daarvoor essentieel. Educatie bestaat uit het bijbrengen van kennis, inzichten en vaardigheden. De educatie moet aansluiten op de individuele behoeften, mogelijkheden en gewoonten van de patiënt. In het ideale geval formuleert de patiënt zelf heldere, haalbare doelen, waarbij de huisarts de patiënt helpt goede keuzes te maken. In aansluiting aan de mondelinge voorlichting kan de huisarts de patiënt de NHG-patiëntenbrieven over diabetes meegeven.

Niet medicamenteuze adviezen en begeleiding

In de behandeling van diabetes worden verschillende niet-medicamenteuze adviezen aan de patiënt gegeven. De patiënt kan hiermee zelf zijn prognose verbeteren. De huisarts geeft in voorkomende gevallen de volgende adviezen:

- Stoppen met roken. Roken is de belangrijkste risicofactor voor hart- en vaatziekten.
- Voldoende bewegen. Bewegen volgens de Nederlandse Norm gezond bewegen. De Nederlandse Norm Gezond Bewegen houdt in: tenminste vijf dagen per dag tenminste dertig minuten tenminste matig intensieve lichaamsbeweging.
- Gezonde voeding. Voedingsadviezen zijn gebaseerd op de Richtlijn Goede voeding. Dit betekent vooral minder verzadigd vet gebruiken en meer onverzadigd vet en/of

vezelrijke koolhydraten (vooral in groente en fruit), en beperking van de alcoholconsumptie tot maximaal twee eenheden per dag. De huisarts verwijst de patiënt voor advies en begeleiding naar een diëtist.

- Afvallen bij overgewicht. Bij patiënten met een BMI >25 leidt 5 tot 10% gewichtsverlies al tot lagere glucosewaarden en een betere vetstofwisseling.

Medicamenteuze behandeling en begeleiding

Indien het met voorlichting, educatie, aanpassing van de voeding en stimulering van lichamelijke activiteiten na drie maanden niet lukt de streefwaarden voor de bloedglucosewaarde te bereiken, wordt gestart met orale medicatie. De nadruk op een gezonde en actieve leefstijl blijft echter bestaan.

Medicatie

Bij de keuze voor de medicatie volgt de huisarts de NHG standaard. Hieronder een overzichtsschema met de stappen van medicamenteuze behandeling:

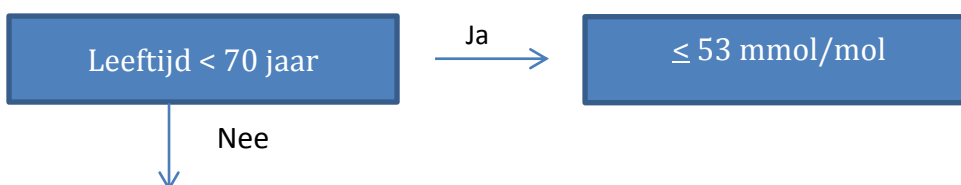
	Medicatie:
Stap 1	Start met metformine 500mg (tot max. 3dd 1000mg)
Stap 2	Voeg een SU-derivaat aan metformine toe. De voorkeur gaat uit naar gliclazide
Stap 3	Voeg een NPH-insuline eenmaal daags toe aan orale bloedglucose verlagende middelen. Zie insuline protocol.

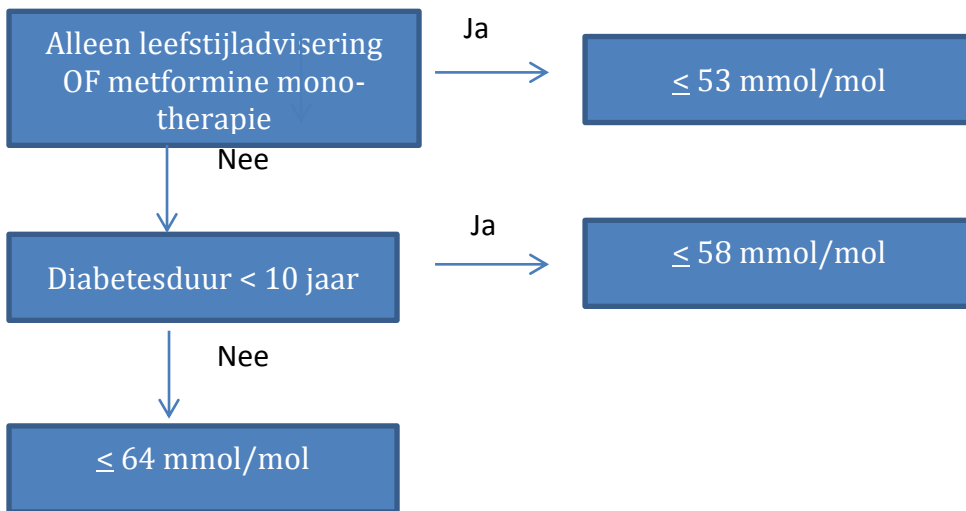
- Verhogen van de dosis gebeurt elke 2 – 4 weken totdat de streefwaarde is bereikt
- Bij bloeddruk >140/90: volg hypertensieprotocol
- Bij een LDL > 2,5 wordt er gestart met simvastatine 40mg 1dd
- Bij (micro)albuminurie wordt gestart met enalapril 1dd 1-20mg (ook als er geen hypertensie is)
- Patiënten met een creatinineklaring <60 ml/min wordt het protocol chronische nierschade gevolg. Extra aandacht moet er zijn voor de dosering van metformine.
- Geef indien nodig opnieuw voorlichting over leefstijl (roken, lichaamsbeweging, gezonde voeding, belang van herkennen van hypo's)
- Wanneer een patiënt start met insuline wordt het protocol instellen op insuline gehandhaafd.

Streefwaardes bij de medicamenteuze behandeling van diabetes zijn:

	Veneus plasma
Nuchtere glucose (mmol/l)	4.5 – 8
Glucose 2 uur postprandiaal (mmol/l)	<9

Streefwaardes van HbA1c gaan volgens onderstaand schema:





Influenzavaccinatie

Alle mensen met Diabetes komen in aanmerking voor griepvaccinatie en worden daartoe jaarlijks opgeroepen door de huisarts.

Farmaceutische zorg

3.5 Begeleiding, maatschappelijke participatie en re-integratie

->volgt

Psychosociale begeleiding en behandeling

Maatschappelijke participatie

Re-integratie

HOOFDSTUK 4 GENERIEKE ZORG

De generieke modules beschrijven vanuit het patiëntenperspectief de zorg voor het individu betreffende een zorgvraag die voor meer dan één chronische aandoening relevant en daarmee generiek is. Deze zorg kan gericht zijn op geïndiceerde preventie, op zorggerelateerde preventie en/of op behandeling. Belangrijk aspect is in alle fasen en omstandigheden de ondersteuning van zelfmanagement. Een zorgstandaard kan meer dan één generieke module bevatten. Elke generieke module bevat tenminste drie vaste onderdelen:

- Indicatie (in- en exclusiecriteria). Op welke cliënten / patiënten is deze generieke module van toepassing?
- Behandeling (geïndiceerde preventie en zorg). Welk advies/behandeling/interventie/ondersteuning/begeleiding bevat deze generieke module?
- Verantwoordingsinformatie. Wat zijn de gegevens (data) die in deze generieke module elektronisch moeten worden vastgelegd (minimale dataset, MDS)?

Daarnaast kunnen aan elke generieke module ziektespecifieke addities worden toegevoegd; het aantal addities hangt af van de betreffende generieke module.

4.1 Informatie, voorlichting, educatie

Algemeen

Voorlichting aan de patiënt is van groot belang. Goede instructie en voorlichting over het ziektebeeld, de behandeling en het effect wat ervan verwacht mag worden zijn belangrijke preventieve maatregelen. Daartoe heeft de patiënt voldoende inzicht in het ziektebeeld, de daarbij behorende therapie en de mogelijkheden van de verschillende hulpverleners.

Het is belangrijk dat de patiënt het gevoel heeft invloed uit te kunnen oefenen op de ziekte en de behandeling ervan. Hij zal dan eerder de verantwoordelijkheid nemen en behandelingsadviezen opvolgen. Het bevorderen van zelfmanagement door de patiënt is te beschouwen als een preventieve actie. Zelfmanagement is het bewust zelf nemen van beslissingen op alle gebieden van het dagelijks leven die met de ziekte samenhangen. Het nemen van maatregelen om klachten te voorkomen, te signaleren en te behandelen.

Alle disciplines betrokken bij de patiënt hebben een verantwoordelijkheid in het goed informeren en het stimuleren van het zelfmanagement. De POH heeft hierin een coördinerende rol.

4.2 Zorgmodule “Bewegen”

Algemeen

De Nederlandse Norm Gezond Bewegen houdt in: tenminste vijf dagen per dag tenminste dertig minuten tenminste matig intensieve lichaamsbeweging. Dit is nodig om een goede gezondheid te behouden.

Voor kinderen en jongeren is het gewenste aantal minuten per dag minimaal 60.

Matig intensieve lichaamsbeweging is beweging die even intensief is als wandelen in een straf tempo of fietsen (harder dan 16 kilometer per uur). De fitnorm is drie maal per week tenminste 20 minuten intensieve lichaamsbeweging (sporten), wat nodig is voor een goede conditie van het hart- en vaatstelsel.

Bewegen heeft de volgende effecten:

- Vermindering van insuline resistentie
- Verlagen van de bloedglucosewaarden
- Helpt bij afvallen
- Verlaagt de bloeddruk
- Verbetering van cholesterolspiegels
- Verkleint het risico op osteoporose
- Verbetert de stemming
- Verbeterd de lenigheid, kracht en uithoudingsvermogen

De eenvoudigste vorm van interventie is een beweegadvies. Alle patiënten krijgen een advies op maat. Dat wil zeggen dat, in afstemming met de voorkeuren van de patiënt en rekening houdend met de aard en ernst van de inspanningsbeperking en eventuele relevante comorbiditeit een beweegadvies wordt opgesteld. Hierbij wordt nadrukkelijk aandacht besteed aan de inpassing van fysieke activiteit in het dagelijks leven. Uitgangspunt is dat patiënten met een licht tot matige ziektelast in principe kunnen meedoen aan reguliere sport- en beweegactiviteiten. Inpassing van een ander beweeggedrag vraagt echter vaak om aanpassing in de leefstijl. Motiverende gespreksvoering kan hiervoor een goed hulpmiddel zijn.

Diabetes

Patiënten krijgen beweegadvies van de huisarts of praktijkondersteuner volgens de Nederlandse Norm Gezond Bewegen. Eventueel worden zij voor sportbegeleiding doorgestuurd naar de fysiotherapie.

4.3 Zorgmodule “Voeding & dieet”

Algemeen

De volgende algemene adviezen van de gezondheidsraad worden geadviseerd door de POH.

- Gebruik dagelijks 150-200 gram groente en 200 gram fruit.

- Gebruik een voeding met dagelijks 30-40 gram vezels, met name afkomstig van groente, fruit en volkoren graanproducten. Gebruik per week twee porties vis (à 100-150 gram), waarvan ten minste een portie vette vis.
- Beperk het gebruik van verzadigde vetzuren tot minder dan 10 energieprocent en van enkelvoudig trans-onverzadigde vetzuren tot minder dan 1 energieprocent. Beperk het gebruik van voedingsmiddelen en dranken met gemakkelijk vergistbare suikers en dranken met een hoog gehalte aan voedingszuren tot 7 eet/drinkmomenten per dag (inclusief hoofdmaaltijden).
- Beperk de inname van keuzenzout tot maximaal 6 gram per dag.
- Indien men alcoholische drank gebruikt, beperk dit dan tot twee standaard glazen (mannen) of één standaardglas (vrouwen) per dag.

Indien er sprake is van een ongewenste toename van het lichaamsgewicht of een te hoog lichaamsgewicht gelden de volgende aanvullende richtlijnen:

- Verhoog de lichamelijke activiteit tot ten minste een uur matig inspannende activiteit per dag.
- Verminder de energie-inname, in het bijzonder door een beperking van:
 - Het gebruik van producten met een hoge energiedichtheid. Het gaat dan om producten met een hoog gehalte aan verzadigde en enkelvoudig trans-onverzadigde vetzuren en toegevoegde suikers ('kale calorieën')
 - Het gebruik van dranken die suikers bevatten
 - De portiegrootte.

Indien er sprake is van een blijvend probleem met het eten zal de patiënt verwezen worden naar een diëtiste.

Diabetes

Elke controle worden voedingsgewoonten en problemen met voedingsgewoonten geëvalueerd. Patiënten worden bij de volgende criteria doorverwezen naar de diëtiste:

- Bij overgewicht, ondergewicht of ongewenste gewichtstoename of gewichtsverlies; hart- en vaatziekten of HV- risicofactoren; hypertensie, hypercholesterolemie, hoge triglyceridenwaarden;
- Bij relevante wijziging van de medicatie;
- Bij niet-optimaal effect van zelfcontrole en/of niet optimale diabetesregulatie;
- Bij veranderingen van leef- en of werkomstandigheden;
- Bij (mogelijke) eetproblematiek;
- Bij maag-darmproblematiek (zoals gastroparese);
- Bij complicaties waarbij aanpassing van dieet zinvol is (zoals nierinsufficiëntie);
- Bij zwangerschapswens of zwangerschap;
- Bij hypothyreoïdie (behandeld en onbehandeld)
- Bij andere specifieke vragen of problemen met betrekking tot de voeding.

4.4 Zorgmodule “Stoppen met Roken”

Algemeen

De zorgverlener geeft alle rokers het advies te stoppen met roken. Hij brengt dit advies op een duidelijke, sterke en op de persoon afgestemde manier; benadrukt het belang van het stoppen met roken voor de toekomstige gezondheid en legt waar mogelijk een relatie met ziekten, risicofactoren of klachten die op dat moment bij de patiënt aanwezig zijn.

Besproken wordt, ongeacht de motivatie van de roker, wat de praktijk aan ondersteuning kan bieden en zo nodig wordt een vervolcontact aangeboden. Met gemotiveerde rokers wordt een vervolgspraak gemaakt bij de praktijkverpleegkundige voor een intensieve ondersteunende interventie en voor overwegers wordt in een vervolgspraak een korte motivatie verhogende interventie aangeboden bij de praktijkverpleegkundige. Ongemotiveerde rokers wordt toestemming gevraagd om in een volgend consult terug te komen op de rookstatus en de motivatie.

Voorlichtingsmateriaal wordt aangeboden naar behoefte. Er zijn verschillende producten beschikbaar. NHG-Patiëntenbrieven zijn gebaseerd op de standaard en bevatten informatie over hulp en adviezen bij stoppen met roken. Voor patiënten die gemotiveerd zijn te stoppen met roken is er de NHG-Patiëntenbrief Stoppen met roken. Voor overwegers is er de NHG-Patiëntenbrief Overwegen van stoppen met roken. Voor de gestopte roker is er de NHG-Patiëntenbrief Volhouden van stoppen met roken. De NHG-Patiëntenbrieven zijn te vinden op de NHG-website. Voor meer informatie over behandelmogelijkheden kan de patiënt doorverwezen worden naar Voor meer informatie over behandelmogelijkheden kan de patiënt doorverwezen worden naar STIVORO, het expertisecentrum voor tabakspreventie en tabakshulpverlening.

Niet-medicamenteus vervolgbeleid

Intensieve ondersteunende interventie bij gemotiveerde rokers

Van alle rokers is 7% op een willekeurig moment gemotiveerd om te stoppen met roken. Geadviseerd wordt bij gemotiveerde rokers het ijzer te smeden als het heet is en hen de meest effectieve interventie aan te bieden. Deze bestaat uit een intensieve ondersteunende gedragsmatige interventie, die bij personen die tien of meer sigaretten per dag gebruiken gecombineerd wordt met nicotinevervangende middelen (NVM), nortriptyline of bupropion. De interventie is op de persoon afgestemd en bestaat uit ten minste vier consulten van tien minuten in een periode van enkele maanden. Afhankelijk van de ernst van de verslaving en de behoefte van de patiënt wordt de contacttijd verlengd en/of het aantal follow-upconsulten uitgebreid.

Korte motivatie verhogende interventie bij overwegers

Bied rokers die overwegen te stoppen met roken, maar daar op dit moment nog niet aan toe zijn, een korte motivatie verhogende interventie aan.

Intensieve ondersteunende interventie

- Vraag hoeveel sigaretten de roker gemiddeld per dag rookt en of hij de eerste sigaret doorgaans binnen dertig minuten na het ontwaken opsteekt.

- Evalueer eerdere mislukte stoppogingen, inventariseer waarom die mislukten en bespreek hoe dit te ondervangen is.
- Stel vast wat de moeilijke momenten zullen zijn, hoe de roker een moeilijk moment kan herkennen en hoe hij kan anticiperen op deze moeilijke momenten.
- Maak samen met de roker een stopplan.
- Plan (eventueel telefonische) follow-upcontacten.

Korte motivatie verhogende interventie

- Vraag naar de voordelen van het roken.
- Vertel waarom het juist voor deze persoon relevant is om te stoppen.
- Praat met de roker over de risico's die hij loopt.
- Vertel over de voordelen van stoppen met roken.
- Vraag de roker naar mogelijke barrières voor het stoppen met roken. En wijs de roker op de behandelings- en ondersteuningsmogelijkheden
- Genot van tabak: plaats hier andere dingen tegenover.

Medicamenteuze behandeling

Medicamenteus beleid bij gemotiveerde rokers

Nicotinevervangende middelen (NVM), nortriptyline en bupropion zijn ongeveer even effectief bij stoppen met roken. Gezien de vergelijkbare effectiviteit en de geringere bijwerkingen en contra-indicaties zijn NVM de eerste keus. Nortriptyline of bupropion worden beschouwd als gelijkwaardig en komen in aanmerking als de patiënt daar expliciet om vraagt of als eerdere stoppogingen met NVM zijn mislukt.

Eerste keus: nicotinevervangende middelen

NVM zijn verkrijgbaar als kauwgom, pleister, sublinguale tablet en zuigtablet. Bij patiënten die per dag 10 sigaretten of meer roken, verhogen ze de kans op stoppen op lange termijn met 1,5 tot 2 keer tot circa 17%. De keuze kan worden gebaseerd op persoonlijke voorkeur. Bij een sterke nicotineafhankelijkheid (meer dan 20 sigaretten per dag en eerste sigaret binnen 30 minuten na ontwaken) is een hogere dosis NVM effectiever dan een lage dosis.

Tweede keus: nortriptyline, bupropion of varenciline

Nortriptyline is niet geregistreerd als middel voor stoppen met roken, maar in een dosering van 75 mg per dag wel effectief gebleken: de kans om te stoppen neemt toe tot 17% ten opzichte van 7% bij gebruik van placebo. Bupropion is ongeveer even effectief als nortriptyline; het doet de kans om te stoppen met circa 10% toenemen. Varenciline is van bovenstaande middelen het meest effectief gebleken en wordt tegenwoordig ook het meest gebruikt in Boskoop (gegevens apotheek). Na 12 weken behandeling bleek varenciline bij 44% effectief, bupropion groep 30%. Varenciline verdringt nicotine van zijn bindingsplaats waardoor het belonende en versterkende effect van roken zou verminderen (hogere affiniteit voor receptor dan nicotine). Door zijn partiële antagonisme zou varenciline tevens de symptomen van verlangen en ontwenning kunnen verlichten

Diabetes

Roken is de belangrijkste risicofactor voor hart- en vaatziekten, ook bij mensen met diabetes. Daarnaast verhoogt roken het risico op retino- en nefropathie. Daarom wordt aan

alle rokende diabetes patiënten jaarlijks gevraagd naar de rookstatus en ondersteuning wordt bij stoppen wordt aangeboden.

4.5 Zorgmodule “Medicatie en medicatiebewaking”

Algemeen

Medicatiebewaking is primair een taak van de apotheker. Zoals vastgesteld in de beleidsplan van de KNMP 2009-2012 is het noodzakelijk om aan een goede medicatiebewaking te komen dat apothekers hun deskundigheid in op drie hoofdterreinen zetten:

- Verbeteren van goed gebruik van medicijnen door patiënten en daarmee verhogen van therapietrouw: verhogen van kwaliteit van leven en doelmatigheid in de zorg;
- Verder verbeteren van het juist toepassen van medicijnen door zorgverleners: voorkomen van schade door optimaal en veilig voorschrijven en afleveren;
- Garanderen van beschikbaarheid van kwalitatief hoogwaardige medicijnen: leveren van het meest rationele middel, efficiënt, zeker en doeltreffend.

De apotheker is de geneesmiddelenexpert die een goede farmaceutische patiëntenzorg en een rationele, doelmatige farmacotherapie realiseert met inzet van zijn kennis over geneesmiddelen en daaraan gerelateerde hulpmiddelen. De apotheker is verantwoordelijk voor de beschikbaarheid, kwaliteit en het juiste en veilige gebruik van geneesmiddelen en is zich bewust van de plaats die rationele farmacotherapie inneemt bij het streven naar gezondheid van patiënten. De academische competenties van de apotheker stellen hem in staat om de snelle ontwikkelingen in het wetenschappelijk onderzoek te volgen en toe te passen bij de ontwikkeling en productie van geneesmiddelen en in de dagelijkse begeleiding van patiënten. Dit geldt evenzeer voor apothekers in eerste- en tweedelijns gezondheidszorg.

Een belangrijk hulpmiddel in de relatie met de patiënt is het medicatiedossier. Met de introductie van integrale ketenzorg is de medicatieveiligheid belangrijk. De patiënt wenst een farmaceutisch behandelaar die het medicatiedossier beheert en de patiënt proactief van dienst is. De patiënt moet het vertrouwen hebben dat de apotheker voor hem zorgt. Om de patiënt optimale zorg met medicijnen te verlenen, is intensieve samenwerking nodig met voorschrijvende artsen en met andere apothekers in eerste en tweede lijn. De patiënt verwacht dit ook.

Diabetes

Op de website van GEZOND is een informatiepagina over de medicatie en de toedieningsvorm beschikbaar.

Daarnaast is er in FTO verband afspraken tussen huisarts en apotheek gemaakt mbt controle op statine gebruik bij diabetes en informeren over slechtere nierfunctie bij medicatie gebruik

4.6 Zorgmodule “Preventie influenza”

Algemeen

De griepvaccinatie beschermt tegen ernstige gevolgen van de meest voorkomende griepvirussen. Iedereen die extra risico loopt om ernstig ziek te worden door griep, krijgt de griepvaccinatie gratis aangeboden via de huisarts. De risicogroepen zijn:

- Mensen van 60 jaar en ouder
- Mensen met hartziekten
- Mensen met longziekten zoals astma, COPD, chronische bronchitis of longemfyseem
- Mensen met diabetes
- Nierpatiënten
- Mensen met een gecompromitteerd immuunsysteem
- Kinderen vanaf 6 maanden tot 18 jaar die langdurig salicylaten gebruiken (bijvoorbeeld bij chronische darmaandoeningen)
- Verstandelijk gehandicapten die in een instelling wonen

Voor deze mensen is het belangrijk dat zij jaarlijks de griepvaccinatie krijgen. De griepvaccinatie maakt de kans om griep te krijgen kleiner. Als ze toch de griep krijgen, dan verloopt de ziekte meestal minder ernstig. Bovendien verkleint de griepvaccinatie de kans op complicaties zoals longontsteking of op verergering van een onderliggende ziekte.

Diabetes

De huisarts nodigt de betreffende patiënten in de maand oktober of november uit.

4.7 “Zwangerschapswens”

Algemeen

Zwangerschap en diabetes brengen diverse risico voor moeder en kind met zich mee. Ook medicatie gaat niet goed samen met de zwangerschap. Van belang is een strenge glykemische controle door een tijdelijke overstap op insuline.

Diabetes

Wanneer vrouwen met Diabetes Mellitus type 2 een zwangerschapswens hebben of een reeds aanwezig zwangerschap bestaat zal er doorverwezen worden naar de internist.

4.8 Zorgmodule “Depressie”

Diabetes

Patiënten met diabetes mellitus hebben twee keer zoveel kans op het krijgen van een depressie.

Symptomen van een depressie zijn: slaapproblemen, rusteloosheid of juist te rustig, verandering van eetlust/gewicht, verlies van energie. Kernsymptomen zijn aanhoudende sombere stemming en verlies van interesse of plezier.

Algemeen

Patiënten bij wie het vermoeden bestaat dat zij een depressie hebben worden gescreend door middel van de 4DKL lijst. Hiermee kan de depressie op verschillende gebieden (somatisatie, depressie, angst en distress) in kaart worden gebracht.

4.9 Zorgmodule “Zelfmanagement”

Zelfmanagement is het zodanig omgaan met de chronische aandoening (symptomen, behandeling, lichamelijke en sociale consequenties en bijbehorende aanpassingen in leefstijl) dat de aandoening optimaal wordt ingepast in het leven. Patiënten kunnen zelf kiezen in hoeverre zij de regie over het leven in eigen hand willen houden. Essentieel bij zelfmanagement is dat patiënten hun eigen doelen stellen.

Diabetes

Om het zelfmanagement te bevorderen wordt er gestart met het individuele zorgplan diabetes. Dit is een mapje welke een het individuele zorgplan waarin de patiënt doelen, streefwaarden, waardes, informatie en vragen vastlegt. Ook bevat het mapje extra aanvullende informatie omtrent de diabeteshulpverlening. Hiermee wordt het zelfmanagement van de patiënt gestimuleerd.

Ook wordt de cursus PRISMA aangeboden aan alle diabetespatiënten. PRISMA staat voor PRO-active Interdisciplinaire Self-Management. Het is een voorlichtingsprogramma speciaal ontwikkeld voor diabetespatiënten welke ondersteuning bied bij het ontwikkelen van zelfmanagement speciaal gericht op het gebied van diabetes. De cursus wordt in twee blokken van in totaal 7 uur gegeven door de praktijkverpleegkundige en diëtiste.

HOOFDSTUK 5 ORGANISATIESTRUCTUUR

De organisatiestructuur die in dit hoofdstuk wordt beschreven, beoogt het multidisciplinair zorgproces voor mensen met DM te faciliteren. Deze zorg is een vorm van zorg die, toegesneden op de behoefte van de patiënt, wordt verleend op basis van afspraken over samenwerking, afstemming en regie tussen alle zorgverleners, gedurende het hele traject van preventie, diagnose, behandeling en (na)zorg. Er is sprake van een gemeenschappelijk gedragen verantwoordelijkheid met expliciete deelverantwoordelijkheden.

Patiënt

De patiënt heeft een eigen verantwoordelijkheid bij zijn behandeling. Denk bijvoorbeeld aan het zelf stoppen met roken c.q. het vragen naar begeleiding in deze. Een actieve rol bij het eigen zorgproces leidt tot krachtige effecten op de klachtbeleving en op de kwaliteit van leven. De patiënt is daarom medebehandelaar van zijn ziekte. Om die rol waar te maken is het belangrijk dat de patiënt ook 'tools' aangereikt krijgt en begeleid wordt in kennis over diabetes en de behandeling. De patiënt wordt in ieder geval ten aanzien van de volgende punten geïnformeerd:

- Aard van de aandoening en de gevolgen daarvan op zijn dagelijks leven
- De mogelijkheden om invloed uit te oefenen op de risicofactoren
- Opstellen en monitoren van persoonlijke streefdoelen
- Actieve betrokkenheid van de mantelzorg c.q. het thuisfront.

Belangrijk bij het aanpakken van risicofactoren is zelfmanagement. Hieronder verstaat men:

- Dat de patiënt zelf in actie komt
- Dat de patiënt zelf oplossingen zoekt voor problemen
- Dat de patiënt zelf hulp zoekt bij anderen, bijvoorbeeld bij familieleden vrienden
- Dat de patiënt samenwerkt met zorgverleners
- Dat de patiënt zelf besluiten neemt

Huisarts

De huisarts heeft verschillende taken binnen de diabetes hulpverlening:

- Preventie
- Vroegsignalering
- Diagnostiek
- Diagnose
- Behandeling door huisarts
- Voorlichting en zelfmanagement
- Leefstijladviezen
- Medicatiebegeleiding
- Psychosociale ondersteuning
- Palliatieve zorg
- Monitoring.

Praktijkverpleegkundige (POH)

De praktijkverpleegkundige speelt een coördinerende rol binnen de diabeteszorgverlening rondom de patiënt. Zij heeft binnen de diabeteszorg de volgende taken:

- Uitvoeren van driemaandelijke controles en jaar controles volgens protocol
- Signaleren van verhoogde glucosewaarden
- Voorlichting en educatie geven na het stellen van de diagnose
- Monitoren van ziekteverloop aan de hand van glucose en bloedwaarden
- Signaleren van complicaties en risicofactoren
- Advies en voorlichting over niet medicamenteuze therapie (leefstijladviezen)
- Begeleiding bij medicamenteuze therapie
- Tijdig doorverwijzen naar andere disciplines
- Begeleiding en voorlichting bij zelfmanagement
- Geven van de PRISMA cursus
- Kwaliteitscontrole volgens indicatoren

Doktersassistente

De doktersassistente vervult de volgende taken:

- Het maken van afspraken voor de controles
- Het prikken van nuchtere glucose waarden
- Het signaleren van verhoogde waarden en dit bespreken met de huisarts
- Halfjaarlijkse controles van de pre-diabeten
- Driemaandelijke controles van de stabiele diabeten

Apotheek

De rol van de apotheek begint voornamelijk bij de medicamenteuze therapie. De apotheek heeft een adviserende rol richting patiënt en voorschrijver en heeft een belangrijke rol in de therapietrouw. Wellicht kan de apotheek in de toekomst de monitoring van de therapietrouw nog effectiever en beter op gaanpakken.

De apotheek draagt bij aan de preventie, vroege opsporing (plan voor toekomst) en veilig en effectief geneesmiddelgebruik volgens de KNMP richtlijn CVRM. Zowel de initiële als de chronische behandel fase omvat meerdere zorg handelingen, zoals beoordelen van de farmacotherapie, medicatiebewaking, genees- en hulpmiddelen gereed maken voor afleveren, ter handstellen en patiëntbegeleiding. Ook begeleiding bij gebruik van hulpmiddelen zoals de glucosedrukmeter behoort tot het takenpakket. Daarnaast kan de apotheker of (gespecialiseerde) apothekersassistente alle overige zorgvragen van de patiënt situationeel oplossen.

Taken van de apotheek zijn:

- Verstrekken van de juiste geneesmiddelen en toebehoren
- Verstrekken van de benodigde informatie, brochures en eventueel nieuwsbrieven
- Medicatiebegeleiding
- Controle therapietrouw medicatie
- Medicatiebewaking
- Up-to-date houden van het medicatiedossier van de patiënt
- Controle op polyfarmacie

- Adviesfunctie medicamenteuze behandeling richting voorschrijvers

Diëtiste

De patiënt wordt naar de diëtist verwezen in de volgende situaties:

2. Na stellen van de diagnose diabetes mellitus (binnen een half jaar);
3. Indien de patiënt overgaat op insuline;
4. Individueel toegespitste voeding- of dieetadviezen zijn noodzakelijk bij:
 - Bij overgewicht, ondergewicht of ongewenste gewichtstoename of gewichtsverlies; hart- en vaatziekten of HV- risicofactoren; hypertensie, hypercholesterolemie, hoge triglyceridenwaarden;
 - Bij relevante wijziging van de medicatie;
 - Bij niet-optimaal effect van zelfcontrole en/of niet optimale diabetesregulatie;
 - Bij veranderingen van leef- en of werkomstandigheden;
 - Bij (mogelijke) eetproblematiek;
 - Bij maag-darmproblematiek (zoals gastroparese);
 - Bij complicaties waarbij aanpassing van dieet zinvol is (zoals nierinsufficiëntie);
 - Bij zwangerschapswens of zwangerschap;
 - Bij hypothyreoïdie (behandeld en onbehandeld)
 - Bij andere specifieke vragen of problemen met betrekking tot de voeding.

De rol en begeleiding van de diëtiste is verder uitgewerkt in bijlage 1.

Fysiotherapie

De fysiotherapeuten in de regio Midden-Holland zijn werkzaam of in de eerste lijn of in de tweede lijn. Zij werken samen met andere fysiotherapeuten, huisartsen, praktijkverpleegkundigen, longartsen, longverpleegkundigen, verpleegkundigen in de kliniek, bedrijfsartsen en apotheken.

Aanvulling zn door fysiotherapie volgt

Hoofdstuk 6 Bijlagen

Bijlage 1 Werkafspraken dieetadvisering

Verwijzen naar de diëtist

De patiënt wordt naar de diëtist verwezen in de volgende situaties:

1. Na stellen van de diagnose diabetes mellitus (binnen een half jaar);
2. indien de patiënt overgaat op insuline;
3. individueel toegespitste voeding- of dieetadviezen zijn noodzakelijk bij:
 - a. Bij overgewicht, ondergewicht of ongewenste gewichtstoename of gewichtsverlies; hart- en vaatziekten of HV- risicofactoren; hypertensie, hypercholesterolemie, hoge triglyceridenwaarden;
 - b. Bij relevante wijziging van de medicatie;
 - c. Bij niet-optimaal effect van zelfcontrole en/of niet optimale diabetesregulatie;
 - d. Bij veranderingen van leef- en of werkomstandigheden;
 - e. Bij (mogelijke) eetproblematiek;
 - f. Bij maag-darmproblematiek (zoals gastroparese);
 - g. Bij complicaties waarbij aanpassing van dieet zinvol is (zoals nierinsufficiëntie);
 - h. Bij zwangerschapswens of zwangerschap;
 - i. Bij hypothyreoïdie (behandeld en onbehandeld)
 - j. Bij andere specifieke vragen of problemen met betrekking tot de voeding.

Dieetbehandelplan

Het doel van de dieetbehandeling maakt deel uit van de totale multidisciplinaire behandeling. Individueel toegespitste voeding- of dieetadviezen zijn noodzakelijk bij:

- 5-10% afvallen (bij obesitas of overgewicht) met gewichtsbehoud op de lange termijn
- bij verminderen van de buikomvang met 10% wanneer deze boven de 102 cm (man) of 88 cm (vrouw) is.
- normaliseren van de bloedglucosewaarden;
- normaliseren van serumlipidenwaarden en bloeddruk;
- preventie of uitstel van diabetes-gerelateerde complicaties;
- verbeteren insulinegevoeligheid;
- goede afstemming op bloedglucoseverlagende medicatie;
- bereiken van een volwaardige voeding;
- bevorderen van het algemeen welbevinden.
- achterhalen van lijngericht, emotioneel en/of extern eetgedrag en de begeleiding hierop afstemmen.

Doel van diëtetische behandeling

Het voedingspatroon van de patiënt voldoet aan de eisen van het dieetvoorschrift of wijkt daarvan af binnen acceptabele grenzen. Het doel van de behandeling is:

- het verbeteren van de kennis (van de patiënt) over en inzicht in de relatie tussen diabetes, de bloedwaarden, de algehele gezondheid en leefstijl, en de voeding zodat maximaal zelfmanagement mogelijk is;

- het stellen van haalbare doelen die een maximale gezondheidswinst opleveren

De patiënt:

- Ken de principes van het dieet bij diabetes mellitus en begrijpt de relatie van het dieet tot deze aandoening;
- Is in staat het dieet in het dagelijkse leefpatroon in te passen;
- Heeft voldoende kennis over gezonde voeding en kent de begrippen energie/kcal, eiwitten, vetten en koolhydraten;
- Heeft inzicht in koolhydraten en de optimale verdeling daarvan in zijn dagelijkse voeding;
- Is in staat zijn voeding aan te passen aan veranderende omstandigheden;
- Heeft een gezond eetpatroon, vrij van eetbuien;
- De patiënt heeft inzicht in eigen eetgedrag en kan goed omgaan met de barrières die hij daarin ondervindt;
- Is gemotiveerd de veranderde voedingsgewoonten op de lange termijn voort te zetten;
- Voelt zich verantwoordelijk voor het eigen voedingsgedrag en de eigen leefstijl;
- In overleg met de patiënt stelt de diëtist een dieetbehandelplan op.

Bij het opstellen van het individuele behandelplan kan bekeken worden of de hiervoor genoemde doelen moeten worden gewijzigd en/of aangevuld. Het aantal consulten wordt bepaald aan de hand van welke doelen behaald moeten worden tijdens de begeleiding van de cliënt.

Daarnaast richt de diëtetische behandeling van diabetes mellitus zich op het verminderen van risicofactoren voor hart- en vaatziekten. Bij intensieve insulinetherapie is het doel bovendien dat de patiënt in staat is tot zelfregulatie.

Dieetbehandeling bij de diëtist.

De voedingsadviezen voor mensen met diabetes mellitus type 2 zijn gebaseerd op de NDF Voedingsrichtlijn voor diabetes type 2 van eind 2010. De begeleiding richt zich onder meer op het optimaliseren van de bloedglucosewaarden, het vetspectrum en het lichaamsgewicht en daarmee op preventie of uitstel van aan diabetes gerelateerde complicaties. De onderwerpen die worden besproken zijn:

Het optimale gewicht voor de patiënt. Bij overgewicht/obesitas: streefgewicht en hoe dat te bereiken.

- De relatie tussen diabetes mellitus, voeding en eventuele medicatie;
- Dieetuitleg, risico op hyper- en hypoglykemie;
- Kenmerken dieetbehandeling en leefregels;
- Voeding en koolhydraten;
- De afstemming van de koolhydraatverdeling op de insulinedosering;
- De relatie tussen beweging, voeding, de bloedglucosewaarden, diabetesmedicatie en het lichaamsgewicht;
- De relatie tussen voeding, emoties en bloedglucosewaarden en alcohol;

- De diëtist stemt haar boodschap af op de fase van gedragsverandering waarin de patiënt/cliënt zich bevindt, helpt bij het opsporen van barrières en coacht bij het structureel veranderen van de leefstijl.

Mocht er sprake zijn van nierinsufficiëntie dan wordt er door de diëtist in geen geval een eiwitrijk dieet aanbevolen. (Afkapwaarden: totaal albumine <20, mg /l; albumine/creatinine ratio mannen < 2,5 en vrouwen < 3,5).

Algemene adviezen omtrent voeding kunnen door de praktijkondersteuner gegeven worden indien deze competent is. Individuele toegespitste voeding of dieetadviezen moeten door de diëtist gegeven worden. Het is erg belangrijk dat de voedingsadviezen van diverse zorgverleners niet met elkaar in strijd zijn, maar elkaar ondersteunen en versterken.

De nieuwe NDF Voedingsrichtlijn voor diabetes type 2 is als bijlage bij deze werkafspraken opgenomen.

Zie: <http://www.diabetesfederatie.nl/downloaden-documenten/richtlijnen.html>

Werkwijze doorverwijzen naar diëtist

De huisarts of praktijkondersteuner geeft de patiënt een verwijfsbrief mee voor de diëtist. Bij de verwijzing zijn de labwaarden van het afgelopen jaar betreffende HbA1c, nuchter glucose, serumlipiden, bloeddruk, kreatinine en albumine en een medicatieoverzicht toegevoegd.

De patiënt maakt zelf een afspraak met de diëtist. De huisarts biedt een overzicht van de verschillende diëtistenpraktijken in de omgeving van de cliënt aan.

Indien bekend is bij welke diëtist de patiënt een afspraak maakt volgt een verwijzing in PortaVita. Indien de cliënt nog niet verwezen is in PortaVita mailt de diëtist naar de POH, zodat de patiënt in PortaVita wordt doorverwezen.

De huisarts/POH en diëtist registreren beide het aantal doorverwezen diabetespatiënten zodat jaarlijks kan evalueren hoeveel patiënten zich daadwerkelijk aanmelden.

Afstemming zorgplan

De diëtist rapporteert in PortaVita de bevindingen bij elk consult. Bij tussentijdse problemen neemt de diëtist telefonisch of via e-mail contact op met de verwijzer.

Zorgduur

In het jaar van het stellen van de diagnose diabetes mellitus zal de benodigde zorg geleverd worden in het kader van de bovenstaande doelstellingen. In de jaren daarna zal de patiënt worden uitgenodigd voor jaarlijkse evaluatie van het dieet of wanneer er behoefte is aan eerdere evaluatie volgens het individuele zorgplan.

Kwaliteit Diëtisten

De diëtist is een HBO-opgeleide professional. Alle diëtisten hebben voldoende kennis en ervaring rondom diabeteszorg en hebben uiterlijk binnen een jaar (na ondertekening van het contract) de Post-HBO opleiding Voeding & Diabetes gevolgd en afgerond. De diëtist levert transparante zorg van hoogwaardige kwaliteit. De diëtisten uit Boskoop werken volgens de NDF richtlijn. De diëtist behandelt de cliënt volgens de laatste practice based inzichten. Zij

volgt bij- en nascholingen en houdt de vakliteratuur bij. De diëtist staat ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici en staat open voor feedback en toetsing.

Communicatie

De diëtist is in staat met de cliënt een vertrouwensrelatie op te bouwen en deze relatie gedurende langere tijd te continueren. De diëtist is in staat het belang van een gezonde leefstijl en gezonde voeding aan de cliënt duidelijk te maken. De diëtist helpt de cliënt inzicht te krijgen in de eigen motivatie om zo tot gedragsverandering te komen. De diëtist helpt de cliënt zijn/haar aandoening te leren accepteren en barrières voor een goede compliance op te heffen. De diëtist beschikt over een breed scala aan gesprekstechnieken en motiverende technieken.

Samenwerken

De diëtist werkt samen met alle disciplines die zich met diabeteszorg bezighouden, zowel in de eerste lijn als in de tweedelij. Dit kan zowel in ad hoc situaties als projectmatig, bijvoorbeeld in de vorm van cursussen omtrent diabetes mellitus.

Overleg diëtisten en huisartsen

In de werkgroep diabetes wordt overlegd over de kwaliteit rondom de diabeteszorg en worden de afspraken met betrekking tot diabetes geëvalueerd. De diëtisten ontvangen vacatiegeld voor deze vergadering.

Afstemming diëtist en huisarts/POH

Tussen de verwijzende huisartsen en diëtisten zal met name bij nieuwe patiënten (verwijscriteria 1) en patiënten die ingesteld worden op insuline (verwijscriteria 2) behoefte zijn aan overleg. Per patiënt kan 30 minuten overleg gedeclareerd worden.

Feb 2013

Diëtistenpraktijk Boskoop

Vierstroom Weten en eten

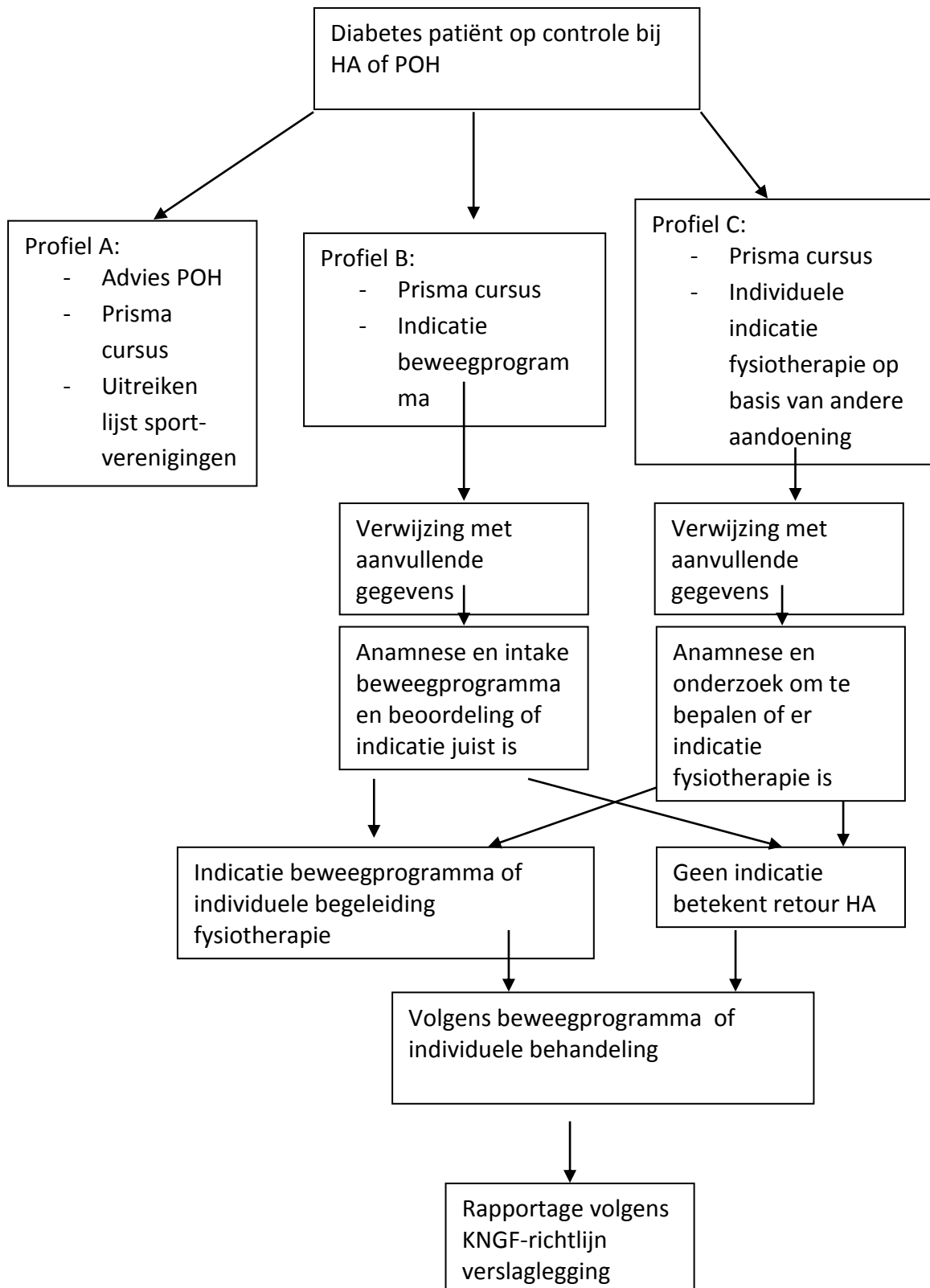
De Voediëtist

Bijlage 2 Fysiotherapie

Het hebben van diabetes is geen indicatie voor fysiotherapie. Onder bepaalde voorwaarden kan wel fysiotherapie vergoed worden. Dit als het gaat om een beweegprogramma of als mensen complicaties hebben zoals claudicatio intermittens en diabetische polyneuropathie. Afhankelijk van de hulpvraag van de patiënt en/of arts wordt door de fysiotherapeut gedurende het diagnostisch proces bepaald of fysiotherapie is geïndiceerd. Om de onderverdeling binnen de populatie te maken is gekozen voor de volgende onderverdeling in profielen.

Profiel A:
<ul style="list-style-type: none">- Bloedglucose is onder controle- Geen sprake van overgewicht (gemeten middels BMI)- Voldoet aan de Nederlandse norm gezond bewegen
Fysiotherapie niet geïndiceerd
Profiel B:
<ul style="list-style-type: none">- Overgewicht BMI >25-29,9- Obesitas BMI \geq30- Abdominaal overgewicht (cm): man: 94-101 of vrouw: 80-87- Abdominale obesitas (cm): man \geq102 of vrouw \geq88- HbA1c <7%- Voldoet niet aan de Nederlandse norm gezond bewegen- Aanverwante hulpvragen van cliënt of arts
Beweegprogramma mogelijk geïndiceerd → verwijzing voor intake beweegprogramma
Profiel C:
<ul style="list-style-type: none">- Diabeet heeft kenmerken van profiel B met complicaties<ul style="list-style-type: none">○ Polyneuropathie○ Claudicatio intermittens<ul style="list-style-type: none">▪ Graad 1 en 2 van fontaine (niet-chronisch)▪ Graad 3 en 4 van fontaine (chronische indicatie)○ Patiënt is bekend met hart en vaatziekten○ Niet-specifieke aandoening in relatie tot diabetes maar fysiotherapie (training kracht en uithoudingsvermogen zijn geïndiceerd)
Beweegprogramma niet geïndiceerd. Afhankelijk van de hulpvraag is mogelijk individuele begeleiding fysiotherapie geïndiceerd
Is patiënt bekend met hart en vaatziekten → zorgplan CVRM??
Indien richtlijn aanwezig wordt patiënt behandeld volgende richtlijn(claudicatio intermittens, hartrevalidatie of beroerte)
<ul style="list-style-type: none">- Indien geen richtlijn aanwezig wordt een behandelplan gemaakt vanuit de hulpvraag van de patiënt en/of de huisarts)

Stroomschema



Patiënt profiel B

De diabetes patiënt komt in aanmerking voor een beweegprogramma.

Beweegprogramma Diabetes **MOET NOG GEAKKOORDEERD WORDEN DOOR VERZEKERAARS**

Doelgroep: mensen met diabetes mellitus type 2 met profiel B

Duur: 12 weken

Frequentie: 2 maal per week

Groepsgroote: nog nader te bepalen

Inclusie criteria:

- Patiënt voldoet aan criteria Profiel B
- Patiënt heeft overdracht formulier
- Maximale fiets ergometrie **(nog bespreken)**

Exclusie criteria:

- Profiel A of C
- Profiel B
 - o Cognitieve beperkingen die zelfstandig trainen in de weg staan
 - o Mobiliteitsbeperkingen/problemen die zelfstandig trainen in de weg staan

Begeleiding: fysiotherapeuten in opleiding die een extra interne cursus hebben voltooid ten aanzien van diabetes

Eigen bijdrage: **nog nader te bepalen**

Vergoeding verzekering: **Nog nader te bepalen, waarschijnlijk afhankelijk van aanvullende verz**

Inhoud programma:

- 30 minuten conditie training (50-75% VO2 max)
- 25 minuten krachttraining (6-8 oefeningen 8-10 herhalingen 70-80% 1RM)

Begeleidend bij het programma: **(als het kan inpassen in prisma cursus)**

- **3 informatie momenten gedurende de loop van het programma (individueel)**
 - o **Informatie moment 1:** algemene informatie gezondheid, uitleg belang warming-up en herstel
 - o **Informatie moment 2:** belang van thuis oefenen met nadruk op wandelen en fietsen, belang van bijhouden van een activiteitendagboek en motiveren om plan van aanpak te maken voor activiteiten na afsluiting van het programma.
 - o **Informatie moment 3:** wat te doen om trainingseffecten te behouden.

Inrichtingseisen: (nog verder uitzoeken wat verplicht is)

- Cardio apparaten
- Krachttrainingsapparaten
- Bloedglucose meter
- Glucagon pen
- AED

De verslaglegging en rapportage vinden plaats volgens de KNGF-richtlijn verslaglegging waarbij het behandelresultaat via zorgmail wordt teruggekoppeld.

Patiënt profiel C

Patiënt wordt verwezen met verwijzing met daarop in elk geval de volgende gegevens:

- Verwijsdiagnose
- Co-morbiditeit
- Medicatie
- Overige relevante gegevens bij aandoening

Fysiotherapeutische behandeling vindt plaats als er een indicatie is voor fysiotherapie na afronding van het diagnostisch proces.

Inrichtingseisen praktijk:

- Cardio apparaten (afhankelijk van verwijsdiagnose)
- Krachttreiningsapparaten/oefenruimte (afhankelijk van verwijsdiagnose)
- Bloedglucose meter
- Glucagon pen

De behandeling vind plaats op basis van KNGF-richtlijnen indien aanwezig.

De verslaglegging en rapportage vinden plaats volgens de KNGF-richtlijn verslaglegging waarbij het behandelresultaat via zorgmail wordt teruggekoppeld.

MET tabel

Het positieve effect op de glucose- en vetstofwisseling blijkt met name gerelateerd aan het totale energieverbruik tijdens inspanning. Het energieverbruik kan worden geschat door de totale inspanningsduur te vermenigvuldigen met de inspanningsintensiteit, uitgedrukt in metabole equivalenten (MET). 1 MET is de hoeveelheid energie die wordt gebruikt in rust (circa 3,5 ml O₂/kg/min). Laag-intensieve inspanning wordt gedefinieerd als inspanning waarbij het energieverbruik varieert van 1 tot 3 MET's. Bij matig-intensieve inspanning varieert het energieverbruik van 3 tot 6 MET's. Hoog-intensieve inspanning is inspanning boven de 6 MET's.

Het energieverbruik in kcal/min is gelijk aan: MET × 3,5 (constante) × lichaamsgewicht (kg) / 200 (constante). Bijvoorbeeld: Een diabetespatiënt met een gewicht van 95 kg die 60 minuten (sportief) wandelt met een intensiteit van 4 MET's (ca. 6 km/uur) verbruikt:

$$4 \times 3,5 \times 95 \times 60 = 79800 : 200 = 400 \text{ kcal } (\sim 1,7 \text{ MJ}).$$

Afhankelijk van de klinische doelstellingen zou het minimale wekelijks energieverbruik van een diabetespatiënt moeten liggen tussen de 1200 en 2000 kcal.

Aan de hand van de volgende tabel kan vrij eenvoudig voor een individuele patiënt het totale energieverbruik per minuut worden uitgerekend bij de diverse inspanningsvormen. Vervolgens kan dan aan de hand van het interessegebied van een patiënt worden bepaald hoeveel minuten van welke activiteit wekelijks zou moeten worden uitgevoerd om duurzame verbeteringen in de glucose- en vetstofwisseling te bewerkstelligen.

Activiteit	Metabole equivalenten (MET)	Activiteit	Metabole equivalenten (MET)
Liggen/rustig zitten	1,0	Volksdansen	5,5
Wandelen (3 km/u)	2,5	Fietsen (hometrainer 100W)	5,5
Lichte circuittraining	3,0	Matig-intensieve circuittraining	6,0
Fietsen (Hometrainer 50W)	3,0	Nordic walking (6,5 km/u)	6,0
Roeien (roei-ergometer 50 W)	3,5	Zwemmen (recreatief)	6,0
Wandelen (5km/u)	3,5	Fietsen (16 – 19 km/u)	6,0
Golf (met wagentje)	3,5	Spinning (intervaltraining)	7,0
Gymnastiekoefeningen	4,0	Roeien (roei-ergometer 100W)	7,0
Wandelen (6km/u)	4,0	Tennis (enkelspel)	8,0
Golf (wandelen met clubs)	4,5	Circuittraining	8,0
Tennis (dubbelspel)	5,0	Fietsen (recreatief 19-22km/u)	8,0
Wandelen (6.5 km/u)	5,0	Joggen (8,5 km/u)	9,0
Fietsen (buiten, 15 km/u)	5,0	Zwemmen (crawl, baantjes trekken)	10,0
Aerobics	5,0	Hardlopen (10 km/u)	10,5