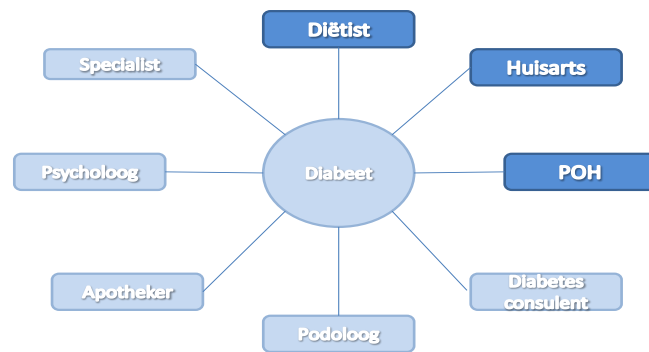


Samen beter: multidisciplinair samenwerkingsprotocol Diabetes Mellitus

*Alles moet zo simpel mogelijk worden, maar niet simpeler
(Albert Einstein)*



Afstudeeronderzoek

Drs. Annette J. Zwaal
Vinkenbos 35
4851 EP Ulvenhout
ajvanliemt@ziggo.nl

De Haagse Hogeschool
Voeding en Diëtetiek
Johanna Westerdijkplein 75
Den Haag
Tel. 070 458300

Afstudeerbegeleidster

Zorggroep Zorroo: Lucie van Stappershoef
De Haagse Hogeschool, 1^{ste} begeleidster: Dr. Ir. Dorien W. Voskuil
De Haagse Hogeschool, 2^{de} begeleidster: Lucita Couto Gestal

Ulvenhout, 29 maart 2011

Voorwoord

Voor u ligt het resultaat van de afstudeeropdracht, het afstudeerverslag “Samen beter”, geschreven ter afsluiting van de opleiding Voeding en Diëtetiek aan De Haagse Hogeschool. De afstudeeropdracht is voortgekomen uit mijn stage bij ABCdiëtistennetwerk te Breda. De opdrachtgever is zorggroep Zorroo en de opdracht bestond uit het schrijven van een samenwerkingsprotocol voor praktijkondersteuners en diëtisten binnen een keten-diagnosebehandelcombinatie. Sinds vorig jaar juni heb ik met veel plezier aan dit project gewerkt, samen met twee praktijkondersteuners, een medewerkster van de Zorroo en diëtisten werkzaam bij ABCdiëtistennetwerk en Thebe. In het voorjaar zal het vervolgtraject, de implementatie, plaatsvinden, waarbij ik zijdelings betrokken zal zijn.

Met het protocol heb ik beoogd een bijdrage te leveren aan de kwaliteit van de diëtistische diabeteszorg en het profileren van de diëtist. Ik ben van mening dat de diëtist een duidelijke toegevoegde waarde heeft in het diabetes zorgproces, maar dat moet wel bekend zijn. Duidelijk moet zijn wat de diëtist in het zorgproces kan betekenen voor de patiënt maar ook voor andere (para)medici zodat de weg naar de diëtist gemakkelijker wordt ingezet. De diëtist mag meer naar buiten treden om die samenwerkingsmogelijkheden bekend te maken. Dit protocol biedt een opening om het doorverwijzen te vermakkelijken en inzichtelijk te maken wat een diëtist kan betekenen in het zorgproces.

Aan de hand van literatuuronderzoek en interviews wordt in deze scriptie een procesbeschrijving gegeven over de totstandkoming van het protocol. Waar in dit verslag wordt gesproken over diëtist, patiënt, praktijkondersteuner, zorgverlener, behandelaar, enzovoort in de mannelijke aanduidingsvorm, wordt tevens de vrouwelijke bedoeld. Ook waar wordt gesproken over diabetes, wordt diabetes mellitus type 2 bedoeld, tenzij anders vermeld.

Mijn dank gaat uit naar allen die het mogelijk hebben gemaakt dat ik mijn studie heb ik kunnen volgen en afronden. Allereerst, en bovenal, Willem, Bernd en Marit voor hun steun, liefde en geduld: zonder hen was het niet mogelijk geweest. Ook mijn ouders, schoonouders, familie en mijn vrienden in Ulvenhout voor allerlei hand-en-span diensten variërend van het opvangen van man en kinderen tot het bieden van een luisterend oor.

Daarnaast wil ik Ellen Steinmeijer bedanken voor het mogelijk maken, het steunen en adviseren bij het tot stand komen van het eindproduct. Verder Lucie van stappershoef voor het coachen, sturen, ondersteunen en haar enthousiasme. Ook de werkgroep waarmee het protocol tot stand is gekomen, wil ik bedanken. Tot slot mijn begeleidsters op school, Dorien en Lucita, voor het kritisch lezen, het geven van feedback en het helpen bij het tot stand komen van deze scriptie.

Samenvatting

Inleiding

Diabetespatiënten hebben te maken met meerdere zorgverleners, zoals hun huisarts, praktijkondersteuners en diëtisten. Dit kan leiden tot problemen op het gebied van samenwerking. Een gesignaleerd knelpunt is dat 5% van de patiënten een doorverwijzing door de praktijkondersteuner naar diëtist missen. Een ander knelpunt is dat er geen afstemming bestaat ten aanzien van de educatie van patiënten op het gebied van voeding door de diëtist en de praktijkondersteuner, hetgeen resulteert in omissies en/of dubbelures in de gegeven informatie aan de patiënt. Deze knelpunten kwamen naar voren uit een patiëntenenquête van Zorroo, een zorggroep in de regio Oosterhout. De zorggroep wil door middel van een protocol onderling afspraken maken over taakafbakening en wanneer naar elkaar doorverwezen wordt.

Doel

De opdracht van Zorroo bestond uit het ontwikkelen van een samenwerkingsprotocol tussen praktijkondersteuner en diëtist voor de behandeling van een diabetespatiënt binnen een keten- DBC gebaseerd op de Zorgstandaard van de Nederlandse Diabetes Federatie. Het doel was een protocol op te stellen opdat een doorverwijzing naar diëtist wordt bereikt en op elkaar afgestemde informatieoverdracht aan patiënt plaatsvindt. Teneinde effectief te zijn, dient het te ontwikkelen protocol geaccepteerd en ingevoerd te worden door de beoogde uitvoerders.

Methode

Allereerst is uitgebreid literatuuronderzoek verricht om het theoretisch kader van dit onderzoek vorm te geven. Voor de literatuurstudie is gebruik gemaakt van verschillende informatiebronnen, zoals databases van de Haagse Hogeschool, zoekmachines op internet, documenten, boeken en artikelen uit vaktijdschriften. Bij de analyse van de zoekresultaten zijn de richtlijnen van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO gehanteerd. Daarnaast is input van professionals (zoals diëtisten, praktijkondersteuners en medewerkers van de zorggroep) gevraagd door het organiseren van bijeenkomsten, het houden van interviews, en de mogelijkheid creëren voor inbreng via email of persoonlijk contact.

Resultaten

Uit het onderzoek is naar voren gekomen dat er geen leidraad bestaat voor het schrijven van een protocol. Criteria waaraan de structuur van een protocol moet voldoen, zijn in de literatuur niet terug te vinden. Uitgaande van de omschrijving van het begrip “richtlijn” en “protocol” en in de literatuur gevonden criteria voor richtlijnen zijn criteria geselecteerd voor het opzetten van protocollen. Ook is rekening gehouden met de acceptatie van het protocol. Na de literatuur te hebben gelezen en geïnventariseerd zijn de relevante aspecten gedocumenteerd.

Het eindproduct is een samenwerkingsprotocol Diabetes Mellitus type 2, bestaande uit een verwijsprotocol (verrichtingen) en een praktijkondersteuner-diëtist-behandelprotocol (beleidsondersteunend), samengesteld op lokaal niveau door middel van groepsconsensusmethode aan de hand van centraal ontwikkelde richtlijnen en evidence-based informatie. Met het bovenstaande is zoveel mogelijk tegemoet gekomen aan de voorwaarden voor het verhogen van de kans op acceptatie en implementatie van het protocol.

Voor het vervolgtraject is behoefte aan een planmatige aanpak van implementatie en evaluatie van het protocol. Het verdient aanbeveling om op beperkte schaal proef te draaien zodat kan worden geëvalueerd of men op de juiste weg zit. Daarnaast is het raadzaam het implementeren door een nieuw in te stellen werkgroep te laten uitvoeren.

Inhoudsopgave

VOORWOORD	2
SAMENVATTING	3
INHOUDSOPGAVE	4
1. DE OPDRACHT: AANLEIDING, PROBLEEMSTELLING EN AANPAK	5
1.1. Aanleiding en probleemstelling.....	5
1.2. Aanpak: methode.....	6
1.3. Aanpak: toetsing van het resultaat van de zoekacties.....	7
1.4. Aanpak: betrouwbaarheid en validiteit	8
1.5. Leeswijzer.....	8
2. DE BEHANDELING VAN DIABETES	9
2.1. De ziekte diabetes	9
2.2. De Zorgstandaard en Voedingsrichtlijn van de NDF	10
2.3. De behandeling en de behandelaars van diabetes	11
3. ORGANISATIE EN KWALITEIT VAN DE DIABETESZORG.	13
3.1. Financiering middels keten-diabetesbehandelcombinatie.....	13
3.2. Een nieuwe partij op de zorgmarkt: de zorggroep	14
3.3. De zorggroep en de kwaliteit van de diabeteszorg	15
3.4. De kwaliteitscyclus in de praktijk en de positie van het protocol daarin	17
4. DE ONTWIKKELING VAN EEN PROTOCOL IN THEORIE EN PRAKTIJK	18
4.1. Inleiding.....	18
4.2. Begrippen protocol en richtlijn.....	18
4.3. De ontwikkelaars van een protocol.....	19
4.4. De belangen van de protocolontwikkelaars.....	19
4.5. Methodieken ter ontwikkeling van het protocol.....	21
4.6. De door de werkgroep gehanteerde methodiek	22
4.7. Het (multidisciplinaire) protocol – de theorie	22
4.8. De eindproducten: het verwijsprotocol en Diëtistisch behandelprotocol.....	24
4.8.1. Inhoud verwijsprotocol	24
4.8.2. Inhoud diëtistisch behandelprotocol: stapsgewijze behandeling	25
4.9. Relevantie van het protocol	25
4.10. Completing van het protocol en overdracht aan opdrachtgever	26
5. CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN	27
5.1. Aanbevelingen: Vervolgstappen na de protocolontwikkeling.....	28
7. DISCUSSIE	30
8. LITERATUUR EN BRONNEN.....	33
BIJLAGE 1: EEN SAMENVATTING VAN DE PATIËNTENENQUÊTE DOOR ZORROO	38
BIJLAGE 2 VOORBLAD SAMENWERKINGSPROTOCOL	40
BIJLAGE 3 HET VERWIJSPROTOCOL.....	41
BIJLAGE 4 HET DIËTISTISCH BEHANDELPROTOCOL.....	42

1. De opdracht: aanleiding, probleemstelling en aanpak

1.1. *Aanleiding en probleemstelling*

Diabetes mellitus type 2 is een veelvoorkomende chronische ziekte. De verwachting is dat het percentage patiënten onder de totale bevolking in de toekomst flink zal toenemen, vooral vanwege de vergrijzing en de toename van overgewicht.

De diabeteszorg vraagt om zorg op verschillende terreinen: educatie en zelfmanagement, beweeg- en voedingsinterventies, medicatie en stoppen met roken. Diabetespatiënten hebben derhalve te maken met meerdere zorgverleners, zoals hun huisarts, praktijkondersteuners, eventuele andere specialisten (in verband met comorbiditeit) en paramedici als diëtisten en podotherapeuten. Patiënten ervaren de samenwerking tussen de verschillende disciplines nog als onvoldoende (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO [CBO], 2010) en ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg constateert dat “patiënten met een chronische ziekte risico’s lopen door slechte afstemming en onvoldoende afbakening van taken en verantwoordelijkheden tussen beroepsbeoefenaren en zorginstellingen” (Inspectie voor de Gezondheidszorg [IGZ], 2003). Dit komt ook naar voren uit de patiëntenenquête die zorggroep Zorroo, een zorggroep in de regio Oosterhout, heeft gehouden in 2010 (zie bijlage 1). Een gesignaleerd knelpunt is dat 5% van de patiënten een doorverwijzing door de praktijkondersteuner (hierna te noemen: POH) naar diëtist missen. Een ander knelpunt is dat er geen afstemming bestaat ten aanzien van de educatie van patiënten op het gebied van voeding door de diëtist en POH. Dit resulteert in omissies en/of dubbelures in de gegeven informatie. De zorggroep wil onderling afspraken maken over taakafbakening en wanneer naar elkaar doorverwezen wordt.

Een techniek die bij het verbeteren van de coördinatie en afstemming binnen dit zorgproces behulpzaam is, is het inzetten van protocollen (Kobus en Carlier, 1990). Zorroo heeft besloten om deze knelpunten aan te pakken door het opstellen van een samenwerkingsprotocol voor wat betreft de samenwerking tussen een POH en een diëtist met betrekking tot diabetespatiënten type 2 binnen een keten-diagnosebehandelcombinatie. Het doel van het protocol is tweeledig: een doorverwijzing naar diëtist en op elkaar afgestemde informatieoverdracht aan patiënt. Het uiteindelijke doel is verbetering van de kwaliteit van de geleverde diabeteszorg.

Een voorwaarde voor het behalen van deze doelen is dat het protocol moet worden geaccepteerd en geïmplementeerd door de beoogde uitvoerders. Het te ontwikkelen protocol dient ingebed te zijn in de andere door Zorroo opgestelde protocollen, zoals “Protocol Diabetes Mellitus lifestyle” en “Delegatie Protocol Insuline Therapie”. Tevens behoort het protocol gebaseerd te zijn op de Zorgstandaard van de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF-Zorgstandaard), de richtlijnen van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (CBO).

De doelstelling vanuit de opdrachtgever is derhalve een protocol te ontwikkelen dat geaccepteerd en vervolgens geïmplementeerd kan worden door de beoogde uitvoerders. De leerdoelstelling van de afstudeeropdracht is het bereiken van de juiste inhoudelijke kennis (met betrekking tot ziektebeeld en behandelwijzen) en proceskennis om een dergelijk medisch protocol op te stellen.

Deze doelstelling van de opdrachtgever leidt tot de volgende vraagstelling van de voorliggende afstudeeropdracht:

Op welke wijze kan een protocol worden ontwikkeld met betrekking tot een samenwerking tussen een POH en diëtist voor de behandeling van diabetespatiënten binnen de DBC, opdat het wordt geaccepteerd en kan worden geïmplementeerd door de gebruikers?

Met als deelvragen:

- Wie zijn bij de behandeling betrokken en hoe?
- Wat is diabetes en hoe ziet de behandeling van diabetes eruit?
- Wat is de Zorgstandaard van de NDF?
- Wat is een keten-DBC en de rol van de zorggroep daarin?
- Wat is een protocol?
- Welke factoren beïnvloeden acceptatie en implementatie door beoogde uitvoerders?

Het tastbare resultaat van dit afstudeeronderzoek zal een protocol zijn voor gebruik binnen Zorroo dat is goedgekeurd en zal worden geïmplementeerd.

Dit afstudeerverslag bevat een beschrijving van de totstandkoming van het protocol.

1.2. *Aanpak: methode*

Allereerst is in een vooronderzoek een inventarisatie gemaakt van bestaande richtlijnen en protocollen bij uiteenlopende organisaties. Bij diverse onderzoeksinstituten is nagegaan of een dergelijk protocol aanwezig is. Daarvoor zijn onder andere de databanken van zorgvernieuwing van het NIVEL/NZI/Trimbos-instituut, de databank van het CBO en de geautomatiseerde registers van Kwaliteitsinstituut voor Toegepaste Thuiszorgvernieuwingen (KITZ) en Databank Zorgvernieuwing geraadpleegd. Na deze algemene activiteiten zijn de databanken van beroepsverenigingen, onderwijsinstellingen, andere zorggroepen en andere centra onderzocht. Hieruit kwam naar voren dat nog geen soortgelijk samenwerkingsprotocol voorhanden is.

Om het theoretisch kader van dit onderzoek vorm te geven, is literatuuronderzoek verricht. Dit richtte zich allereerst op theorieën rondom het opzetten van een protocol. Vervolgens is literatuuronderzoek verricht naar Diabetes Mellitus, de behandeling ervan, en de rollen van de POH en diëtist. Ook is gezocht naar literatuur over keten-DBC en de daarbij behorende zorggroepen. Voor de literatuurstudie is gebruik gemaakt van verschillende informatiebronnen. Allereerst zijn de verschillende zoeksystemen in de databases van de Haagse Hogeschool gebruikt. Een andere informatiebron die gebruikt werd, is het internet. Daar werden verschillende zoekmachines geraadpleegd, waaronder Google Wetenschap, Pubmed, Elsevier Science en Cinahl. Naast literatuuronderzoek vond een documentenstudie plaats, waarin verschillende documenten van Zorroo, Thebe en ABC-diëtistennetwerk werden betrokken. Bij het literatuuronderzoek is gebruik gemaakt van de zogenoemde sneeuwbalmethode; de referenties in de gevonden literatuur leidden tot het vinden van nieuwe, relevante literatuur.

Van de literatuur die als resultaat uit de zoekacties werden verkregen, werd een selectie van potentieel relevante literatuur gemaakt aan de hand van de volgende selectiecriteria:

- Niet ouder dan 20 jaar;
- Free full text;
- Het tijdschrift waarin het artikel gepubliceerd is, waarbij gekeken werd naar het land van herkomst (in de volgorde: Nederland - Europa - Verenigde Staten - overige landen);
- Het literatuuronderzoek werd beperkt, aan de hand van de mate van bewijs en daarmee het niveau van bewijskracht, tot de A-categorie van de CBO-richtlijnen (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO [CBO], 2007), zie tabel 1.

Interventie	
A1	Systematische review van tenminste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A2-niveau
A2	Gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit van voldoende omvang
B	Vergelijkend onderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 (hieronder valt ook patiënt-controle onderzoek, cohort-onderzoek)
C	Niet-vergelijkend onderzoek
D	Mening van deskundigen

Tabel 1 Indeling van methodologische kwaliteit van individuele studies (CBO, 2007)

Ook input van professionals (zoals diëtisten, praktijkondersteuners en medewerkers van de zorggroep) is gevraagd. De inbreng van de betrokken professionals is van belang om een breed gedragen kijk op de probleemstelling te krijgen. Naast het bijwonen van de bijeenkomsten, het meewerken aan interviews, hebben de betrokkenen de mogelijkheid gekregen via email of mondeling hun verwachtingen, zorgen en discussiepunten te uiten. Deze input was vooral practise-based, gericht op de toepasbaarheid, de ervaring van de professionals, de voorkeur van de patiënt en de beschikbare hulpmiddelen. Op het gebied van evidence based voldoet de door professionals aangeleverde informatie aan de D-categorie van de CBO richtlijnen (CBO, 2007), te weten mening van de deskundigen in de werkgroep (zie tabel 1).

Daarnaast is de inbreng van door Zorroo ingestelde groepen gevraagd, zoals de klankbordgroep en de kwaliteitscommissie. De klankbordgroep bestaat uit praktijkondersteuners, werkzaam bij de bij Zorroo aangesloten huisartsengroepen. De kwaliteitscommissie wordt gevormd door 5 afgevaardigde huisartsen die gekozen zijn door de bij Zorroo aangesloten huisartsengroepen. De kwaliteit van het ontwikkelde stuk is onderworpen aan de kritische blik van deze collega's, in de vorm van collegiale toetsing.

Aan de hand van analyse en inventarisatie van de literatuur zijn de relevante aspecten gedocumenteerd. Aan de hand deze gevonden informatie zal het uiteindelijke protocol worden opgesteld.

1.3. Aanpak: toetsing van het resultaat van de zoekacties

Een eerste knelpunt is dat een centraal te raadplegen overzicht van multidisciplinaire protocollen ontbreekt. Het Kwaliteitsinstituut voor Toegepaste Thuiszorgvernieuwingen (KITZ) is gestart met een overzicht en richt zich op de thuissector. Databank Zorgvernieuwing inventariseert al sinds 1990 met de nadruk op zorgvernieuwingprojecten. Het is echter niet duidelijk of hierin multidisciplinaire protocollen zijn opgenomen (Leytens en Wagner, 1999).

Een ander knelpunt is dat schriftelijke, openbare toegankelijke evaluaties van protocollen schaars zijn. Zeker wanneer met een protocol niet is bereikt wat men aanvankelijk beoogde. Echter, een protocol dat elders is ontwikkeld, kan bijna nooit zomaar toegepast worden in een andere setting. Ook is het niet eenvoudig geweest om enkele gevonden studies ook daadwerkelijk te bemachtigen. Binnen de bibliotheek van de Haagse Hogeschool bestaat de mogelijkheid om de studies van andere Hoge Scholen c.q. universiteiten te verkrijgen. Met de hulp van een bibliothecaris van school zijn de benodigde studies via inter bibliothecair leenverkeer (IBL) opgevraagd. Deze bleken echter niet

allemaal leverbaar: één studie mocht het pand niet verlaten en een andere studie was verdwenen. Beide stukken betroffen het opzetten van een verpleegkundig protocol in een ziekenhuis. Om bovengenoemde redenen was het niet eenvoudig om recente, beschikbare literatuur te vinden met betrekking tot het ontwikkelen van protocollen. Er bestaat wel veel literatuur over interdisciplinair samenwerken, maar niet toegespitst op het ontwikkelen van een protocol. Daarom is de studie, die overigens veel geciteert en gebruikt wordt in recente literatuur over het ontwikkelen van multidisciplinaire protocollen, van Kobus en Carlier uit 1990 uitvoerig gebruikt.

1.4. *Aanpak: betrouwbaarheid en validiteit*

Er is aandacht besteed aan het beoordelen van de geloofwaardigheid en mate van bewijskracht van de in de literatuurlijst opgenomen artikelen, waarbij de richtlijnen van het CBO zijn gehanteerd (CBO, 2007), zie tabel 1.

Tijdens het project gaf zowel de afstudeerbegeleidster als docentbegeleiders advies. Tevens is door middel van collegiale toetsing door de kwaliteitscommissie en de klankbordgroep de kwaliteit van het protocol beoordeeld.

1.5. *Leeswijzer*

In dit afstudeerverslag wordt een procesbeschrijving gegeven over de totstandkoming van het protocol. In de eerste twee volgende hoofdstukken wordt de achtergrond geschetst aan de hand van de eerste vier onderzoeksdeelvragen, waarbij in hoofdstuk 2 *De behandeling van diabetes* centraal staat. In dit hoofdstuk wordt allereerst de ziekte diabetes, de prevalentie en incidentie beschreven. De nadruk in dit hoofdstuk ligt op paragraaf 2 waarin de 'Zorgstandaard Diabetes' en de 'Voedingsrichtlijn bij diabetes' van de NDF, die beiden een belangrijke basis vormen voor de inhoud van het protocol. Vervolgens komt in paragraaf 3 de behandeling van diabetes en de daarbij betrokken disciplines aan bod.

In hoofdstuk 3 *Organisatie en kwaliteit van de diabetes zorg* worden de ontwikkelingen op het terrein van de financiering en de kwaliteit van de diabeteszorg geschetst. Daarbij wordt de financiering van de zorg in de vorm van de keten-DBC toegelicht (paragraaf 1) en de nieuwe partij in de zorgmarkt, de zorggroep, in paragraaf 2 beschreven. De kwaliteit van de organisatie van de diabeteszorg, waarvoor de zorggroep verantwoordelijk is gemaakt door de keten-DBC, wordt behandeld in paragraaf 3. In paragraaf 4 wordt de kwaliteitscyclus en de plaats van het ontwikkelen van een protocol daarin toegelicht.

De theorie op het gebied van het ontwikkelen van een protocol wordt vervolgens in hoofdstuk 4 *Het ontwikkelen van een protocol* behandeld. Hier wordt tevens de theorie gecombineerd met de praktijk; na een theoretische uiteenzetting volgt een beschrijving van hoe de theorie zijn weerslag vindt in de praktijk.

In hoofdstuk 5 *Conclusie* worden de onderzoeksvragen beantwoord en in perspectief geplaatst. Daarbij is in het onderdeel aanbevelingen ook aandacht voor de implementatie van het protocol. Het verslag eindigt met een gedachtewisseling in hoofdstuk 6 *Discussie*.

Tot slot volgen de bijlagen met in de *Bijlage 1* een gedeelte van de patiëntenenquête verricht in opdracht van Zorroo. *Bijlage 2* bevat het voorblad van het samenwerkingsprotocol, waarin data staan zoals de status van het protocol en de opstellers ervan. In *Bijlage 3* bevindt zich het eerste onderdeel van het samenwerkingsprotocol, het verwijsprotocol, en in *Bijlage 4* het tweede gedeelte, het diëtistisch behandelprotocol.

2. De behandeling van diabetes

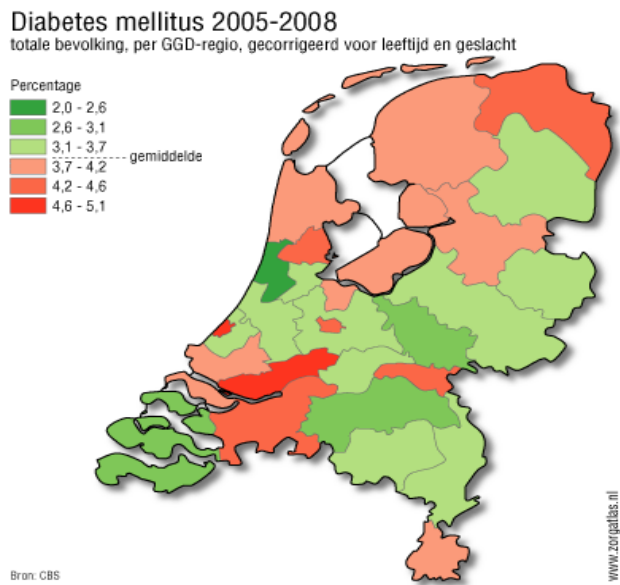
In dit hoofdstuk staat de behandeling van diabetes centraal waarbij een antwoord wordt gegeven op de in hoofdstuk 1 genoemde eerste drie deelvragen. Het samenwerkingsprotocol richt zich op diabetes patienten type 2. Diabetes type 2 is een chronische ziekte waardoor de behandeling van diabetespatiënten een continu proces is. Vanwege het toenemende aantal patienten zal de vraag naar diabeteszorg toenemen (paragraaf 1). Een randvoorwaarde voor het opstellen van het protocol is dat het gebaseerd dient te zijn op de richtlijnen van de NDF, zijnde de Zorgstandaard en de Voedingsrichtlijnen van de NDF (paragraaf 2). Teneinde een samenwerkingsprotocol tussen een POH en een diëtist te kunnen ontwikkelen, is het nodig om inzicht te krijgen hoe de behandeling er uit ziet en wie er bij de behandeling betrokken zijn (paragraaf 3).

2.1. *De ziekte diabetes*

Diabetes is een metabole aandoening gekenmerkt door een gestoorde glucoseregulatie, die het koolhydraten-, vet- en proteïenmetabolisme verstoort. De aandoening is te wijten aan een defect in de insulinesecretie (verlies van β -cellen in de alvleesklier), de werking van insuline (insulineresistentie) of een combinatie van beide. Hierdoor blijft de lever teveel glucose produceren en nemen de lichaamscellen onvoldoende glucose op uit het bloed, hetgeen resulteert in verhoogde bloedglucosewaarden.

Diabetes heeft grote consequenties voor het risicoprofiel van de patiënt: deze heeft kans op complicaties die specifiek zijn voor diabetes (Poortvliet, Schrijvers en Baan, 2006). De kans op deze complicaties stijgt naarmate mensen de ziekte langer hebben en als gevolg van hoge bloedsuikerwaarden, een te hoge bloeddruk en een te hoog cholesterolgehalte. Tot de chronische complicaties horen de micro- en macrovasculaire ziekten (Barents, 2007). Micro- en macrovasculaire ziekten zijn de belangrijkste diabetesgerelateerde oorzaken van morbiditeit en mortaliteit. Patiënten met diabetes hebben een hogere kans om te overlijden dan mensen zonder diabetes (Baan, Wolleswinkel-van den Bosch, Eysink en Hoeymans, 2009C). Daarnaast blijkt het risicoprofiel van invloed te zijn: hoe gezonder de patiënt (lage bloeddruk, gunstig cholesterol en niet roken) hoe hoger de levensverwachting (Baan en Poos, 2009B). De veelheid aan aandoeningen gerelateerd aan diabetes kan leiden tot een aanzienlijke vermindering van de kwaliteit van leven.

Diabetes is een veelvoorkomende chronische ziekte. In 2007 waren 740.000 mensen met gediagnosticeerde diabetes en jaarlijks neemt het aantal toe (Baan en Kranen, 2009A). Vermoedelijk is het aantal diabetesen vele malen hoger aangezien nog veel mensen rond lopen met diabetes zonder dat ze dit weten. De frequentie van diabetes neemt toe met de leeftijd. Meer dan 10 % van de personen ouder dan 65 jaar heeft diabetes (Molnar, 2004; Mooy, Grootenhuis, De Vries, Valkenburg 2005).



Figuur 1 Diabetes Mellitus 2005-2008, (Mulder, 2010)

Het percentage mensen dat aangeeft diabetes (type 1 of type 2) te hebben, is landelijk gemiddeld 3,7% (Eysink, 2010). In de regio West-Brabant heeft 4,5% van de bevolking diabetes (type 1 of type 2) (Bareman en Roobol, 2008).

Per jaar vinden gemiddeld 11.128 ziekenhuisopnamen plaats met als ontslagdiagnose diabetes (berekend over de periode 2001-2004). Dit komt overeen met 6,8 opnamen per 10.000 inwoners per jaar. In de regio West-Brabant is dat 5,6 opnamen per 10.000 (Roedig, 2006).

Opvallend is dat landelijk gezien, West-Brabant relatief meer diabetespatiënten telt en minder behandelingen in de tweede lijn.

Het aantal mensen met diabetes is sinds de tweede helft van de jaren negentig sterk gestegen. In de periode 2001/2002 – 2007/2008 is het aandeel inwoners van Nederland met diabetes gestegen van 3% naar 4% (Houben, 2010). De toename van het aantal patiënten met DM2 is het gevolg van bevolkingsgroei (17 miljoen), vergrijzing (65-Plusers van 14 naar 21%), de sterke toename van het aantal mensen met ernstig overgewicht (van 46% naar 52%), een gerichte vroege opsporing van onbekende diabetes en langer levensverwachting diabetes (Thiel, 2010; Baan en Kranen, 2009A). De verwachting is dat het aantal diabetici tussen 2005 en 2025 met 32,5%, zal stijgen tot ruim 1,3 miljoen in 2025. Dit aantal zal vermoedelijk hoger zijn gezien de verwachte toename van het aantal mensen met overgewicht (Poortvliet et al, 2006; Baan en Kranen, 2009A).

Om diabetes te voorkomen, tijdig op te sporen en juist te behandelen is in de visie van de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) het gebruik van actuele, multidisciplinair gedragen, evidence based (zoveel als mogelijk) richtlijnen in het zorgproces noodzakelijk.

2.2. De Zorgstandaard en Voedingsrichtlijn van de NDF

De Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) en de daarbij aangesloten organisaties, waaronder de Diabetes Vereniging Nederland (DVN), hebben de richtlijn 'NDF Zorgstandaard' opgesteld (Nederlandse Diabetes Federatie [NDF], 2007). Deze richtlijn is een document waarin afspraken tussen de bij de diabeteszorg betrokken zorgverleners over de inhoud en uitvoering van de zorg worden omschreven.

De NDF Zorgstandaard is een belangrijke randvoorwaarde voor de kwaliteit van diabeteszorg en schetst op hoofdlijnen de verschillende onderdelen van 'goede' diabeteszorg (NDF, 2010). In de NDF

Zorgstandaard zijn de minimale kwaliteitseisen omschreven waaraan de zorgonderdelen dienen te voldoen. De NDF Zorgstandaard is functioneel omschreven. Dit houdt in dat omschreven is welke onderdelen moeten worden uitgevoerd, echter niet wie dat moet doen en waar het moet gebeuren. Wel moet iedereen bevoegd en bekwaam zijn conform de wet BIG.

Naast de Zorgstandaard heeft het NDF begin november 2010 een Voedingsrichtlijn voor diabetes type 1 en 2 uitgebracht (NDF, 2010), dat deel uitmaakt van een serie Richtlijnen en Adviezen voor een goede diabeteszorg van de Nederlandse Diabetes Federatie. De richtlijn betracht een richtsnoer te geven voor de voedingsbehandeling van mensen met een hoog risico op diabetes type 1 en type 2, en is opgesteld voor diabeteshulpverleners zoals diëtisten, huisartsen en praktijkondersteuners. Het literatuuronderzoek is uitgevoerd door de Vrije Universiteit van Amsterdam. In de werkgroep die de voedingsrichtlijn heeft opgesteld, zaten diëtisten, een huisarts, kinderarts, een voedingskundige van het Voedingscentrum en mensen met diabetes.

De Voedingsrichtlijn 2010 is zoveel mogelijk gebaseerd op de meest recente wetenschappelijke onderzoeken, waarbij het literatuuronderzoek zich richtte op de A-categorie van de CBO richtlijnen met betrekking tot het niveau van bewijskracht (zie tabel 1, hoofdstuk 1). Via de website van de NDF (www.diabetesfederatie.nl) is de digitale versies van de NDF Zorgstandaard en Voedingsrichtlijn te downloaden. Naast deze versie verschijnt er ook een herziene publieksvriendelijke, beknopte versie. Hierin worden onder andere de hoeveelheden te gebruiken voedingsmiddelen opgenomen, de zogenoemde food-based dietary guidelines.

2.3. *De behandeling en de behandelaars van diabetes*

De diabeteszorg richt zich vooral op het leren omgaan met de gevolgen van de ziekte en behandeling voor het dagelijks leven en op het voorkomen van eventuele achteruitgang of complicaties.

Uitgangspunten voor de diabeteszorg in Nederland worden gevormd door de NDF-Zorgstandaard voor goede diabeteszorg (NDF 2007; NDF, 2010), de NHG-standaard DM2 (NHG 2006) en de CBO richtlijnen (CBO, 2007). Deze richtlijnen zijn zoveel mogelijk evidence-based, en waar dat (nog) niet mogelijk is practice-based, op basis van ervaringsdeskundigheid (Lakerveld-Heyl, Ravensberg en Van Wams, 2005).

Voor de diabeteszorg bestaan effectief gebleken interventies. Uit een analyse van diverse interventies door de RIVM is de belangrijkste conclusie dat op landelijk niveau zeker gezondheidswinst is te behalen met een intensievere multifactoriële aanpak (Baan en Schoemaker, 2009D).

De diabeteszorg vraagt om zorg op zeer veel verschillende terreinen: educatie en zelfmanagement, beweeg- en voedingsinterventies, medicatie en stoppen met roken. Daarbij zijn diverse disciplines betrokken, zowel in de eerste lijn als daarbuiten. Diabetes Mellitus vergt derhalve samenwerking van alle betrokken disciplines; de zorg is als een keten aan elkaar geklonken: ketenzorg.

Over het algemeen neemt de eerste lijn de zorg voor diabetes type 2-patiënten voor haar rekening: 70 tot 80% vindt plaats in de huisartsenpraktijk. Vanuit de overheid wordt de centrale rol van de huisarts versterkt als eerstelijns hulpverlener vanwege de kostenbesparing en verhoging van de kwaliteit van de hulpverlening. De huisarts fungeert als poortwachter voor de 2de lijn: de eerste lijn voorkomt dat mensen een onnodig beroep doen op complexere en duurdere zorg.

Wanneer behandeldoelen in de standaardzorg niet worden gehaald of wanneer sprake is van onvoldoende verbetering, acute ontregeling of het optreden van (ernstige) complicaties vindt doorverwijzing naar de tweede lijn plaats voor complexe zorg. (NDF, 2007).

Na het stellen van de diagnose diabetes type 2 zal in de huisartsenpraktijk het diabetesteam ingeschakeld worden. Het diabetesteam in de eerste lijn bestaat uit de huisarts en de praktijkondersteuner (POH) aangevuld met de diëtist (Reenders, Tavenier en Woudstra, 2010). Na de diagnose diabetes, zal de patiënt zijn voedings- en beweggedrag moeten aanpassen om het ziektebeeld gunstig te beïnvloeden. Daarbij dient de (professionele) begeleiding en ondersteuning erop gericht te zijn de patiënt zo goed mogelijk te leren omgaan met zijn ziekte.

De praktijkondersteuner start de behandeling meestal met een leefstijladvies, waarbij er aandacht is voor voeding- en beweggedrag. De POH kan voor een algemeen voedingsadvies zich baseren op de Richtlijnen Goede Voeding en voor lichaamsbeweging op de PACE-adviezen. Daarnaast zal de patiënt worden doorverwezen naar een diëtist. De diëtist zal de behandeling in eerste instantie richten op het normaliseren van de bloedglucosewaarden en het optimaliseren van het lichaamsgewicht (Nederlands Huisartsen Genootschap [NHG], 2006).

Aanvankelijk zijn voorlichting en educatie verantwoordelijkheden van de huisarts. De betrokken paramedici hebben vooral een taak in het geven van voorlichting en educatie over onderwerpen die specifiek op hun terrein liggen (zoals voeding, bewegen, voetproblemen). Maar ook dat zij de voorlichting van andere zorgverleners ondersteunen door bijvoorbeeld herhaling van de boodschap, bekrachtiging en/of geen tegenstrijdige geluiden (NHG, 2006).

Binnen de zorg voor diabetes is veel aandacht voor een actieve rol van de patiënt in het eigen ziekteproces (NDF, 2010; Baan en Schoemaker, 2009D). De dagelijkse zelfzorg van de diabetespatiënt is van doorslaggevende betekenis voor het al dan niet bereiken van de streefwaarden voor de bloedglucosespiegel (Baan en Schoemaker, 2009D). Het is derhalve van groot belang te investeren in betrokken van de patiënt en zijn directe omgeving bij het opstellen van het individuele zorgplan.

Indien de patiënt volledig geïnformeerd is over de ziekte, de behandelmogelijkheden en het eigen behandelplan, daarbij vertrouwen heeft in het behandelplan én betrokken wordt bij de uitvoering en evaluatie, is hij in staat de rol van regisseur op zich te nemen (Baan en Schoemaker, 2009D).

Gedragsverandering is voor veel patiënten met diabetes mellitus één van de moeilijkste aspecten van de aandoening. De zorgverlener kan het proces ondersteunen door gebruik te maken van verschillende therapeutische technieken en interventies die meer houvast geven op het proces van gedragsverandering zoals motiverende gesprekstechnieken (NHG, 2006) en het Stages of Change-model (Brug en Kremers, 2002).

De behandeling van diabetes is een continu proces en de vraag naar diabeteszorg zal in de loop der jaren toenemen, waardoor de financiering onder druk komt te staan. Bij de diabeteszorg zijn vele partijen betrokken hetgeen samenwerking vergt van alle betrokkenen. De toenemende vraag naar diabeteszorg en de diversiteit aan zorgverleners, stelt eisen aan de organisatie en de kwaliteit van de diabeteszorg.

3. Organisatie en kwaliteit van de diabeteszorg.

In dit hoofdstuk wordt de vierde deelvraag (wat is een keten-DBC en de rol van de zorggroep daarin?) behandeld. Per 1 januari 2010 is de financieringsvorm de keten-DBC voor diabetes ingevoerd, en is het mogelijk om de zorg voor diabetespatiënten integraal te bekostigen. Diabetes is de eerste ziekte waarvoor integrale bekostiging is ingevoerd met als achterliggende gedachte dat de zorg beter zal worden georganiseerd rond de patiënt (paragraaf 1). Met de invoering van de keten-DBC zijn de zorggroepen, zoals Zorroo, geïntroduceerd (paragraaf 2). De zorggroep, Zorroo, draagt de eindverantwoordelijkheid voor de hele zorgketen en is daarmee ook verantwoordelijk voor de kwaliteit van de diabeteszorg (paragraaf 3). Kwaliteitszorg kan daarbij worden opgevat als een cyclisch proces, waarbinnen Zorroo het protocol inzet ter verbetering van de kwaliteit van de diabeteszorg (paragraaf 4).

3.1. *Financiering middels keten-diabetesbehandelcombinatie*

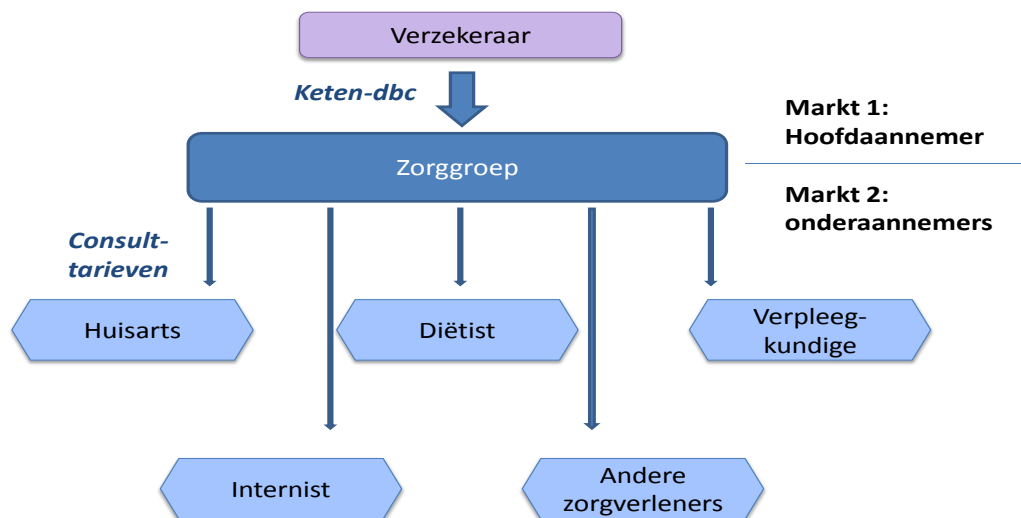
De laatste jaren zijn de ontwikkelingen binnen de diabeteszorg gericht op het verbeteren van de kwaliteit en de effectiviteit van de diabeteszorg, met als aandachtspunt de multidisciplinaire samenwerking. Belangrijke struikelblokken bij het tot stand komen van samenwerkingsverbanden zijn de versnipperde bekostiging van de verschillende onderdelen van de diabeteszorg en de bekostiging van de onderdelen die niet tot de directe zorgverlening behoren (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [VWS], 2004). Dit is onderkend doordat het Ministerie van VWS in zijn brief Diabeteszorg beter. In een daaruit voortvloeiend plan van aanpak zijn voorstellen gedaan ter verbetering waarbij de nadruk kwam te liggen op multidisciplinaire samenwerking, opvolging van de Zorgstandaard van de Nederlandse Diabetes Federatie (hierna te noemen: NDF) en behandeling in de eerste lijn (Taakgroep Programma Diabeteszorg, 2005). Een manier om dit te bereiken is ketenzorg met keten-diabetesbehandelcombinatie (keten-DBC) ter financiering van de zorggroep. De ketenbenadering is beschreven in de Zorgstandaard van de NDF en past binnen de huidige ontwikkelingen waarbij de vergoeding van de zorg zich niet meer richt op de afzonderlijke medische verrichtingen maar op een samenhangend aanbod van producten en diensten. De NDF Zorgstandaard vormt het uitgangspunt voor het formuleren van de ketenzorg voor patiënten met diabetes type 2 en is daarmee leidend voor het zorgbeleid en de zorginkoop en een leidraad voor de patiënt (NDF, 2007).

De ontwikkeling naar ketenzorg wordt actief gestimuleerd door de Nederlandse overheid door middel van de wijze van bekostiging. Per 1 januari 2010 is het mogelijk voor zorgaanbieders en verzekeraars om de zorg voor patiënten met diabetes en CVR via integrale bekostiging te contracteren. Op basis van de integrale bekostiging is het mogelijk om als zorgaanbieder alle benodigde zorg voor de behandeling van diabetes conform de Zorgstandaard als één pakket aan te bieden. Dit bevordert het toepassen van de Zorgstandaard in de praktijk.

De keten-DBC heeft betrekking op de standaard diabeteszorg; zorg voor mensen met gediagnosticeerde diabetes zonder ernstige complicaties. De keten-DBC maakt het mogelijk om de standaard diabeteszorg als een product/prestatie in te kopen, te leveren en te declareren (Taakgroep Programma Diabeteszorg, 2005).

3.2. Een nieuwe partij op de zorgmarkt: de zorggroep

Een keten-DBC houdt in dat er een contract is tussen een groep zorgverleners en een zorgverzekeraar over de te leveren zorg tegen een standaard prijs. Om dat te kunnen doen hebben de zorgverleners zich verenigd in een zogenaamde zorggroep. De zorggroep is hoofdverantwoordelijk voor het coördineren en leveren van de multidisciplinaire zorg aan chronische patiënten. Voor de verschillende onderdelen van de zorg, zoals periodieke controles, laboratoriumonderzoek en dieetadvisering, contracteert de zorggroep verschillende zorgaanbieders als onderaannemer of levert een gedeelte van de zorg zelf (Til, De Wildt en Struijs, 2010). Bij het inkoopbeleid is de Zorgstandaard van de NDF het uitgangspunt. De rekening wordt opgemaakt volgens een tarief dat met de preferente zorgverzekeraar is overeengekomen. Betaling geschiedt nadat de zorggroep aan een aantal voorwaarden heeft voldaan. Zorgverzekeraar Menzis geeft aan dat zij afspraken maken met zorggroepen waarin ze vastleggen dat ze enkel betalen indien er volgens de Zorgstandaard wordt geleverd (DIABC, 2009). Een keten-DBC is bijgevolg een hulpmiddel bij het gerichte inkoopbeleid (VWS, 2005) en bij het bevorderen van de multidisciplinaire samenwerking tussen zorgverleners door middel van het opheffen van bestaande financiële barrières (Taakgroep Programma Diabeteszorg, 2005). Een zorggroep is een organisatie met rechtspersoonlijkheid waarin zorgaanbieders zijn verenigd. Met de term 'zorggroep' wordt de hoofdcontractant van het keten-DBC contract bedoeld en niet het team van zorgverleners dat de feitelijke zorg verleent. De zorggroep fungeert als hoofdaannemer en is verantwoordelijk voor de organisatie en levering van de diabeteszorg.



Figuur 2 Markten en financiering (Nederlandse Mededingingsautoriteit [Nma], 2010)

Op markt 1 sluit een zorggroep contracten met zorgverzekeraars om ten aanzien van een of meer chronische aandoeningen het leveren van zorg te coördineren en uit te voeren en heeft hierbij als doel de operationele kwaliteit van zorg te verbeteren. De zorggroep maakt met zorgverzekeraars afspraken over de uitvoering van bijvoorbeeld een diabetesprogramma. Deze afspraken kunnen betrekking hebben op de inhoud (aan de hand van NDF Zorgstandaarden) en de prijs van het programma. De zorggroep bepaalt al dan niet in samenspraak met de zorgverzekeraar ook de

verdeling van de verschillende taken en diensten die binnen het programma geleverd moeten worden door de verschillende zorgaanbieders, bijvoorbeeld hoeveel uur diëtetiek, hoeveel uur fysiotherapie (Nma, 2010).

Op markt 2 kan de rol van de zorggroep verschillend worden ingevuld: de zorggroep kan zelf medewerkers in dienst nemen, kan overeenkomsten afsluiten met zelfstandige zorgaanbieders of een mengvorm daarvan (Nma, 2010). De zorggroep kan aldus de gecontracteerde zorg zelf leveren of een overeenkomst afsluiten met individuele zorgaanbieders of –instellingen. In deze gecontracteerde zorg staat onder andere de afspraak over de minimale kwaliteitseisen van de gecontracteerde zorg, hetgeen is afgeleid van het door de zorggroep opgestelde multidisciplinaire protocol (Struijs, 2009). De meeste (onderdelen van de) zorg wordt door de zorggroep gecontracteerd bij individuele zorgaanbieders of -instellingen (onderaannemers) en in beperkte mate verleent door zorgverleners van de zorggroep zelf (ZonMw, 2011).

Bij Zorroo is in de keten-DBC het aandeel diëtetiek is als volgt (Zorroo, 2010):

- Elke nieuwe diabeet krijgt 2 consulten (90 min.), dit is eenmalig.
- Elke stabiele diabeet krijgt 1 consult per jaar (30 min.), zowel bij de leefstijlinterventie, de orale als de insuline afhankelijke diabeet.
- Elke diabeet die over gaat op insuline krijgt ook 1 consult (30 min.), dit is eenmalig.

De keten-DBC maakt de zorggroep verantwoordelijk voor de kwaliteit van de organisatie van de diabeteszorg (NDF, 2007). Deze verantwoordelijkheid komt bijvoorbeeld tot uiting in het organiseren van multidisciplinaire overleggen voor de betrokken zorgverleners en/of het opstellen van multidisciplinaire protocollen, gebaseerd op de NDF Zorgstandaard (Struijs, Van Til en Baan, 2009). In de Zorgstandaard worden de zorgactiviteiten (de ‘wat’) omschreven, echter de uitvoerders en uitvoering (de ‘wie’, de ‘waar’ en de ‘hoe’) van deze zorgactiviteiten zijn vrij gelaten. De functionele omschrijving is bedoeld om taakdelegatie en taaksubstitutie (binnen de mogelijkheden van de wet BIG) te stimuleren. In een protocol kan een nadere specificering van het wie, waar en hoe worden vastgelegd (zie hoofdstuk 4.) .

3.3. *De zorggroep en de kwaliteit van de diabeteszorg*

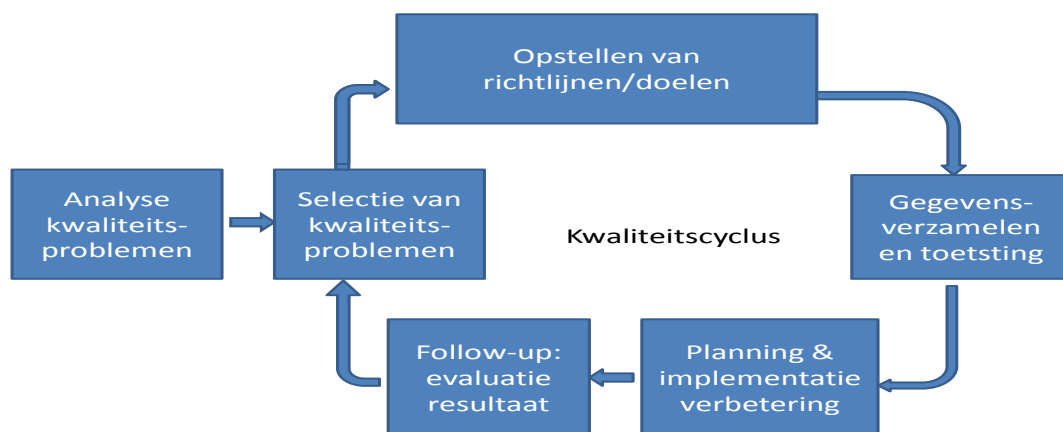
De gezondheidszorg maakt veranderingen door. Tegenover kostenverlagende factoren als technologie en automatisering staan kostenverhogende factoren als vergrijzing, toename van het aantal chronische ziekten en medische doorbraken. Hierdoor staan de organisatie en financiering van de gezondheidszorg onder druk. Kostenbeheersing staat centraal en het wordt steeds duidelijker dat financiële beperkingen dwingen tot het maken van keuzes in de zorg. Om op verantwoorde wijze keuzes te maken over het wel of niet financieren van bepaalde zorgverlening is het van belang inzicht te krijgen in de kwaliteit van zorgverlening.

Door regelmatig naar die kwaliteitsactiviteiten te kijken en tevens naar de kwaliteit van de zorgverlening, kan men inzicht krijgen in de resultaten van het gevoerde beleid. Zo nodig kan het beleid dan bijgesteld worden. Kwaliteit, vooral als die kan worden uitgedrukt in meetbare uitkomsten (gezondheidswinst, zorgresultaat), legitimeert en bespaart (door de relatie met doelmatigheid) (Vos, 2009).

Binnen de gezondheidszorg in Nederland streeft men in toenemende mate naar verbetering van de kwaliteit van de geleverde zorg. Ten gevolge van wetgeving (onder andere de Kwaliteitswet Zorginstellingen en de Wet Big) en de invoering van de keten-DBC met de Zorgstandaard zal deze aandacht de komende jaren enkel maar toenemen. De keten-DBC maakt de zorggroep

verantwoordelijk voor de kwaliteit van de organisatie van de diabeteszorg en de NDF Zorgstandaard beschrijft de norm waaraan goede zorg voor een bepaalde aandoening zowel zorginhoudelijk als procesmatig moet voldoen. De wet BIG stelt eisen aan de individuele beroepsbeoefenaar, die zelf verantwoordelijk is voor de zorg die hij biedt en de Kwaliteitswet Zorginstellingen stelt eisen aan de instelling voor het kunnen bieden van verantwoorde zorg (VWS, 1996; VWS, 1997).

Binnen de context van de beroepsuitoefening betekent kwaliteitszorg dat de zorgverlener zijn handelen expliciteert (normen stelt), evalueert (toetst) en bijstuurt (Hollands, Hendriks en Ariëns, 2002). In de literatuur wordt ook wel de term kwaliteitsbevordering gebruikt. Onder kwaliteitszorg wordt verstaan een cyclisch proces van activiteiten gericht op verbeteren of handhaven van de kwaliteit van zorg. Een continue verbetering van de zorg kan men realiseren door de cyclus steeds opnieuw te doorlopen (zie figuur 3).



Figuur 3 Het proces van kwaliteitsbewaking&-verbetering (Grol et al, 1994)

De stappen binnen dit cyclisch proces bestaan uit het opstellen van doelen, meten of die doelen worden bereikt, verbeteringen aanbrengen indien doelen niet worden bereikt dan wel de doelen bijstellen.

De kwaliteit van de geleverde zorg en het uiteindelijke resultaat voor de patiënt wordt door een aantal factoren beïnvloed. Naast de deskundigheid van de behandelaars speelt de manier waarop de onderlinge coördinatie en afstemming verloopt een belangrijke rol. Het blijkt dat fouten in de gezondheidszorg zelden kunnen worden toegeschreven aan gebrek aan goede wil en deskundigheid echter vaker aan ontoereikende coördinatie en afstemming tussen direct of indirect bij de behandeling betrokken personen (Kobus en Carlier, 1990). Dit wordt nog duidelijker naarmate meer mensen bij het zorgproces betrokken zijn. Een belangrijke manier van kwaliteitsverbetering is dan ook het verbeteren van de coördinatie en afstemming binnen de zorgprocessen.

Een van de technieken die daar behulpzaam bij kan zijn is het ontwikkelen van protocollen (Kobus en Carlier, 1990), de stap “opstellen van richtlijnen/doelen” in de kwaliteitscyclus. Richtlijnen en protocollen vervullen een cruciale rol omdat zij aangeven hoe de zorg idealiter uit zou kunnen zien en gebruikt kunnen worden voor het toetsen van de zorg (Grol, Van Everdingen en Casparie, 1994). Een protocol vormt bij uitstek een middel om het primaire zorgproces rondom een patiënten-categorie inzichtelijk te maken en daarmee beheersbaar.

3.4. *De kwaliteitscyclus in de praktijk en de positie van het protocol daarin*

Eind 2009 en begin 2010 is, in opdracht van Zorroo, een tevredenheidsonderzoek gehouden bij hun diabetespatiënten. Dit werd gedaan door middel van een patiëntenenquête uitgevoerd door Drs. H.H. Muis en vormde daarmee de eerste stap binnen de kwaliteitscyclus: “de analyse van kwaliteitsproblemen” (zie figuur 3).

Het doel van deze enquête was inzicht te krijgen in de sterke en zwakke punten van de dienstverlening aan de klanten van Zorroo, te bepalen welke aspecten van de dienstverlening het sterkst samenhangen met de tevredenheid van klanten en die aspecten te identificeren die verbetering behoeven (Muis, 2010). Het tevredenheidsmodel voor meten en managen van de relaties met klanten, vormde het uitgangspunt van de enquête. De vraagpunten werden aangeleverd door Zorroo en verwerkt in een vragenlijst.

De populatie bestond uit circa 6.000 DM2 patiënten, en de steekproef betrof circa 1.600 patiënten, die na controle/contact naar rato door huisarts/praktijkondersteuner de vragenlijst uitgereikt kregen. De vragenlijsten werd geretourneerd via een antwoordnummer. Het aantal geretourneerde interviews was 38% (612). Het onderzoek vond plaats tijdens de maanden november, december 2009 en januari 2010 in zeven plaatsen in regio Oosterhout.

Uit de enquête bleek dat patiënten zeer te spreken zijn over de algehele kwaliteit van de diabeteszorg, het rapportcijfer bedraagt 8,74. De knelpunten die uit de patiëntenenquête naar voren kwamen hebben voornamelijk te maken met de organisatie van de zorg en de informatieoverdracht. Eén van de uitkomsten van de patiëntenenquête ten aanzien van de begeleiding door de POH is dat 5% de patiënten een verwijzing naar diëtist missen en 19% geeft aan nog nooit (of slechts een enkele keer) een diëtist te hebben geraadpleegd. Van de patiënten vindt 10% dat er te weinig/geen begeleiding is. Van de ondervraagden mist 17% op de persoon afgestemde informatie over voeding. Een ander punt dat naar voren kwam was dat er sprake is van een goede uitvoering door de diëtisten en vrijwel alle patiënten (89%) zeggen voldoende informatie te hebben ontvangen met betrekking tot de persoonlijke hulpvraag. Veel patiënten (39%) hebben lang geleden een diëtist bezocht danwel zien geen aanleiding meer om diëtist te bezoeken vanwege bekendheid met eetpatroon (9%). Zorroo heeft twee knelpunten ter verbetering geselecteerd, te weten het aantal doorverwijzingen door POH naar diëtist en de te geven informatie met betrekking tot voeding door POH en diëtist. Bij navraag bij de POH over de te gegeven informatie blijkt dat niet geheel duidelijk is wat behoort tot de taak van de POH en wat tot die van de diëtist. Ook geven zij aan dat er een overlap is van de gegeven informatie door de POH en diëtist. Er is bijgevolg ook sprake van doublures in de gegeven informatie.

Het ontwikkelen van een protocol valt in de kwaliteitscyclus onder de stap “opstellen van richtlijnen/doelen” en werd uitgevoerd door een speciaal daarvoor samengestelde werkgroep. Het voortraject, waaronder de analyse en de selectie van de kwaliteitsproblemen, is door Zorroo verricht. De werkgroep had het ontwikkelen van het protocol tot taak, de vervolgstappen (implementatie en evaluatie) behoorden niet tot hun opdracht.

De verantwoordelijk voor de kwaliteit van de organisatie van de diabeteszorg, heeft ertoe geleid dat Zorroo twee punten heeft geselecteerd ter verbetering. Daarbij vormt de Zorgstandaard het uitgangspunt, waarin de zorgactiviteiten (de ‘wat’) wordt omschreven. In een protocol kan een nadere specificering van het wie, waar en hoe worden vastgelegd.

4. De ontwikkeling van een protocol in theorie en praktijk

In dit hoofdstuk worden de laatste twee deelvragen beantwoord en tevens een brug naar de praktijk gemaakt. Allereerst wordt de vraag ‘Wat is een protocol?’ behandeld, waarbij een onderscheid wordt gemaakt tussen een protocol en een richtlijn (paragraaf 2). Vervolgens wordt de laatste deelvraag ‘Welke factoren beïnvloeden acceptatie en implementatie door beoogde uitvoerders?’ beschreven. Per onderwerp wordt de theorie op het gebied van het ontwikkelen van een protocol beschreven en vervolgens gecombineerd met de praktijk. In de laatste paragraaf wordt het eindresultaat gecompleteerd en overgedragen aan Zorroo.

4.1. *Inleiding*

Uit het onderzoek komt naar voren dat er geen leidraad bestaat voor het schrijven van een protocol. Criteria waaraan de structuur van een protocol moet voldoen, zijn in de literatuur niet terug te vinden. Er is geen landelijk, en ook geen internationaal vastgelegde structuur waaraan een protocol moet voldoen. Diverse instanties zijn actief op het toetsen en categoriseren van protocollen, zoals Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), het Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEVV) en de AGREE-groep. Uitgaande van de omschrijving van het begrip “richtlijn” en “protocol” en in de literatuur gevonden criteria voor goede richtlijnen (Grol et al, 1994; CBO 2009; V&VN, 2007; LEVV, 2011; AGREE, 2003), zijn criteria geselecteerd voor het opzetten van het protocol. Vernieuwingen in de zorg in de vorm van een protocol vormen in het ideale geval een combinatie van wetenschappelijke validiteit, toepasbaarheid in de praktijk en acceptatie door de verschillende betrokkenen (Grol et al, 1994). Acceptatie en invoering van een protocol zal voor een belangrijk deel afhangen van de wijze waarop het protocol tot stand is gekomen en van de wijze waarop de doelen zijn geformuleerd. Problemen op dit gebied kunnen te maken hebben met onder andere de samenstellers, de gebruikte methodiek om tot het protocol te komen, het doel en de status van het protocol en relevantie van het protocol.

4.2. *Begrippen protocol en richtlijn*

Vooraf dient duidelijk te zijn wat met een richtlijn danwel een protocol wordt bedoeld. Richtlijnen en protocollen zijn termen die gebruikt worden voor de aanduiding van teksten die tot doel hebben goed klinisch handelen te beschrijven. Het belangrijkste verschil tussen deze teksten is de mate van vrijheid van handelen die ze toelaten.

Richtlijnen beogen een leidraad te geven voor de dagelijkse praktijk waar binnen bepaalde speelruimte mogelijk is, echter ze hebben geen vrijblijvend karakter. De verantwoordelijkheid om conform de richtlijnen te werken of juist daarvan af te wijken ligt bij de individuele zorgverlener in verband met het toepasbaar zijn voor individuele patiënt. De richtlijnen worden meestal opgesteld op landelijk niveau door organisaties van beroepsbeoefenaren. Ze zijn voornamelijk bedoeld om het handelen van de zorgverlener te ondersteunen.

In het kader van dit onderzoek wordt een richtlijn omschreven als een tekst dat tot doel heeft de besluitvorming van de zorgverlener te ondersteunen en aan te geven wat het beste gedaan kan worden gedurende een bepaald zorgproces bij een omschreven groep patiënten (Leytens en Wagner, 1999).

Een protocol is over het algemeen een voorschrift hoe een bepaalde handeling in de praktijk moet worden uitgevoerd. Bijvoorbeeld als afgeleide van een richtlijn. Een protocol heeft veelal betrekking

op de lokale werksituatie, is op lokaal niveau ontwikkeld en geeft in tegenstelling tot een richtlijn een meer precieze omschrijving van het handelen van de beroepsbeoefenaren. Aan de ontwikkeling ervan kunnen landelijk ontwikkelde richtlijnen als basis dienen. Protocollen zijn als het ware richtlijnen die aangescherpt zijn en aangepast aan de lokale omstandigheden.

In het kader van dit onderzoek wordt een protocol omschreven als een tekst dat tot doel heeft de zorgverlener te ondersteunen bij het uitvoeren van zorginhoudelijke handelingen. Het geeft aan hoe een handeling kan worden uitgevoerd (Leytens en Wagner, 1999).

Een overzicht van de belangrijkste kenmerken per begrip is opgenomen in onderstaande tabel.

Begrip	Doel	omschrijving
Richtlijn	Ondersteunt besluitvorming	Geeft aan wat er gedaan kan worden in een bepaald zorgproces bij een omschreven groep patiënten
Protocol	Ondersteunt uitvoeren handeling	Geeft aan hoe iets gedaan kan worden

Tabel 2 Kenmerken van protocol en richtlijn

Richtlijnen geven, in de meeste gevallen, aan wat gedaan moet worden en protocollen geven aan hoe dat dient te geschieden.

4.3. De ontwikkelaars van een protocol

Van belang voor de uiteindelijke acceptatie en invoering van een protocol kan zijn door wie en welke organisatie(s) het protocol is ontwikkeld (Grol et al, 1994). Er zijn twee benaderingswijzen voor de ontwikkeling van het protocol te onderscheiden, namelijk lokaal versus centraal. Bij de lokale benadering bestaat de groep uit lokale hulpverleners die gezamenlijk de protocollen formuleert op basis van beschikbare kennis en ervaring, en tracht hierover overeenstemming te bereiken. De activiteit is doorgaans gericht op de lokale werkafspraken. Nadeel van deze benadering is dat het veel tijd kost om tot consensus te komen en dat verouderde inzichten tot richtlijn verheven kunnen worden. Voordeel is dat de kans op acceptatie en uitvoering groot is.

De centrale benadering gaat uit van een geselecteerde groep experts uit de beroepsgroep, die overeenstemming tracht te bereiken over een bepaald onderdeel van de medische zorg op basis van onderzoeksresultaten en recente ontwikkelingen in de literatuur. Hierbij tracht men te streven naar een brede geldigheid. Nadeel van deze methode is dat het niet mogelijk is om centrale richtlijnen scherp te formuleren en de hulpverleners voor wie de richtlijnen bedoeld zijn, er minder bij betrokken zijn en zich minder gecommitteerd voelen.

Idealiter worden de centraal ontwikkelde richtlijnen omgezet in lokaal goed toepasbare richtlijnen. Door het toepassen van de centrale richtlijnen in de lokale situatie kunnen gegevens over de toepasbaarheid worden gebruikt ter evaluatie van de centrale richtlijn. Kortom, lokale en centrale protocolontwikkeling moeten elkaar aanhoudend aanvullen en prikkelen (Grol et al, 1994).

4.4. De belangen van de protocolontwikkelaars

Bij het samenstellen van het team is gekozen voor de lokale benadering. De groep bestond uit lokale hulpverleners die gezamenlijk op basis van beschikbare kennis en ervaring een protocol ontwikkelden. De werkgroep was samengesteld uit een medewerker van Zorroo, twee diëtisten (één van zelfstandig diëtistenbureau, en één van een thuiszorgorganisatie), twee praktijkondersteuners en

aangevuld door een studente van de HHS (in het kader van een afstudeeropdracht met als taak te zorgen voor de wetenschappelijke onderbouwing van de ontwikkeling van een protocol). Aan de hand van bovengenoemde knelpunten stelden de werkgroepleden de uitgangsvragen op. Dit zijn de vragen waarop het protocol een antwoord moet geven. De uitgangsvragen luiden:

- wanneer wordt een DM2 patiënt doorverwezen naar de diëtist binnen de DBC?
- welke informatie behoort door de POH en welke door de diëtist te worden gegeven aan een DM2-patiënt?

Daarna zochten de werkgroepleden naar wetenschappelijke literatuur die een antwoord kon geven op de uitgangsvragen. De werkgroepleden beoordeelden de kwaliteit en de bruikbaarheid van de wetenschappelijke artikelen. Tijdens deze werkgroepvergaderingen werden de knelpunten, uitgangsvragen en conceptteksten besproken conform richtlijnen van het CBO (CBO, 2008). De voltallige werkgroep was ervoor verantwoordelijk dat het protocol werd ontwikkeld. Voor ieder werkgroeplid afzonderlijk betekende dat het leveren van een constructieve bijdrage aan het geheel, als actief deelnemer in de groepsdiscussies en als hoofdverantwoordelijke voor een of meerdere uitgangsvragen. In de werkgroepvergaderingen werden conceptteksten ter discussie gesteld. De discussie werd gevoerd op basis van wetenschappelijke argumenten en aansluitende meningsvorming.

Binnen de groep bestond een groot draagvlak voor het ontwikkelen van het protocol. Ofschoon er overeenstemming was tussen de verschillende partijen over het belang van een protocol en men het op hoofdzaken eens was, konden toch accentverschillen optreden afhankelijk van de belanghebbende en de bedoelingen. Over het algemeen geldt dat partijen met variërende bedoelingen en hun belangenpositie verschillend kunnen denken over de wenselijkheid en vormgeving van het protocol. Ze kunnen uiteenlopende behoeften en verwachtingen hebben over datgene waar de in het protocol vervatte zorg aan moet voldoen. Door een analyse van de partijen en hun belangen te maken, is nagegaan wat de macht en positie van de betrokkenen in het beleidsveld is. Hiermee kon een inschatting gemaakt worden hoe de betrokkenen zich zullen opstellen en wat hun invloed vermoedelijk zal zijn. In de praktijk moesten de opstellers van het protocol deze verschillende invalshoeken kunnen duiden en hiermee rekening houden. De verschillende perspectieven moesten niet gezien worden als tegenstellingen en elkaar uitsluitende visies.

Betrokken partij	Positie	Macht	Belang
POH	Medische zorgverlener	Beïnvloedend en adviserend	Efficiënte patiëntenstroom, verlaging tijdsinvestering en werkdruk, prettige werkomgeving, arbeidssatisfactie, patiëntentevredenheid
Zorggroep	Hoofdaannemer	Beslissend qua beleid, infrastructuur en financiën	patiëntentevredenheid, kosten, voldoen aan kwaliteitseisen
Diëtist	Medische zorgverlener, zelfstandig	Zelfstandig ondernemer of thuiszorg	Patiëntentevredenheid, inkomsten, kosten, arbeidssatisfactie

Tabel 3 Belangen van de betrokken partijen

Mede door de onderlinge afhankelijkheid van bovenstaande belangen en machtsposities, was de bereidheid om te participeren in het ontwikkelen van het protocol bij alle partijen aanwezig. De huidige werkdruk van de POH is hoog, hetgeen resulteert in een hoge tijdsinvestering, lage arbeidssatisfactie en lage patiëntentevredenheid. Door het uitbesteden van bepaalde taken aan de diëtist, kan de werkdruk worden verlaagd. Een goede werkrelatie met de diëtist door middel van een protocol is van essentieel belang. Een protocol biedt de mogelijkheid om de verschillende onderdelen van de behandeling op elkaar af te stemmen en de taken te verdelen.

De diëtist is voor haar inkomsten medeafhankelijk van het aantal doorverwezen diabetespatiënten. Diabetespatiënten vormen een wezenlijk onderdeel van hun cliëntenbestand. In totaal 45% van de cliënten van ABCdiëtistennetwerk bestaat uit diabetespatiënten (Steinmeijer, 2011). Van Thebe zijn de gegevens niet verkregen.

Ofschoon de diëtetiek per 1 juni a.s. direct toegankelijk wordt, zal dat niet direct leiden tot een grote toestroom van nieuwe patiënten. Aangezien nog niet iedere patiënt de weg naar de diëtist weet te vinden, is nog een belangrijke rol voor de huisarts en/of de POH weggelegd. Voor ABCdiëtistennetwerk en Thebe reden genoeg om een verwijsbeleid door de POH's middels een protocol te hebben.

De diëtist onderhandelt met de zorggroep over de hoogte van de vergoeding voor het behandelen van een diabetespatiënt. Het protocol brengt de te verrichten handelingen in kaart en kan daarmee een bijdrage leveren bij het toekennen van de financiële middelen.

De zorggroep Zorroo is verantwoordelijk voor de kwaliteit van de organisatie van de diabeteszorg dat moet voldoen aan bepaalde kwaliteitseisen. Daaronder valt ook de door de zorggroep gecontracteerde zorg bijvoorbeeld door een diëtist. Door een protocol kan de kwaliteit van de verleende zorg worden beheerst en verantwoord. Ook het proces van protocolontwikkeling is op zich kwaliteitsbevorderend omdat de betrokkenen worden gedwongen de eigen werkwijze en die van de andere behandelaars te analyseren, expliciteren en te toetsen.

4.5. *Methodieken ter ontwikkeling van het protocol*

Bij de ontwikkeling van de inhoud van protocollen dient rekening gehouden te worden met enerzijds de informatie uit goed opgezet onderzoek (evidence-based) en anderzijds de toepasbaarheid ervan in de praktijk (practice-based) en de acceptatie ervan door de betrokkenen. De gehanteerde methodieken om de inhoud van een protocol vast te stellen, kunnen onder andere bestaan uit CBO-Consensusmethode, de delphironde of de groepsconsensusmethode (Leytens en Wagner, 1999).

De CBO-Consensusmethode heeft een gestructureerd verloop in fasen en is een methode waarbij aanbevelingen worden opgesteld door professionals door middel van gezamenlijke discussie. Daarbij wordt net zolang met elkaar gepraat als nodig is om tot overeenstemming te komen.

De delphironde is een methode om met behulp van het oordeel van deskundigen systematisch, in verschillende rondes consensus te bereiken over bepaalde vraagstukken. Aan de deelnemers worden stellingen voorgelegd waarop zij kunnen aangeven in welke mate ze het eens zijn met de stellingen.

De groepsconsensusmethode is een methodiek waarbij een speciaal samengestelde werkgroep op basis van beschikbare expertise poogt te komen tot een aanbeveling over de wijze van werken. Er zijn tal van variaties in deze toegepaste methode, globaal in te delen in drie groepen. De eerste is het ontwikkelen van aanbevelingen op basis van literatuurstudie en de consensusdiscussies in de groep.

De tweede variatie bestaat uit het verbeteren van zorg op basis van bestaande beschikbare aanbevelingen. Bij de laatste variatie is het ontwikkelen van aanbevelingen gebaseerd op reflectie op bestaande routines, waarbij de praktijk en niet de literatuur als uitgangspunt wordt genomen.

Uit onderzoek blijkt dat bij de ontwikkeling van sectoroverschrijdende methode, met name op regionaal, instellingsniveau gebruik wordt gemaakt van de groepsconsensusmethode (97%)(Leytens en Wagner, 1999).

4.6. *De door de werkgroep gehanteerde methodiek*

De gehanteerde methodiek was de groepsconsensusmethode aangevuld met evidence-based methode, onder andere in de vorm van de NDF-Zorgstandaard, NHG-richtlijnen en CBO-richtlijnen. Waar geen volledige consensus kon worden verkregen en wetenschappelijke onderbouwing niet voorhanden was, werd een voorkeur aangegeven aan practise-based.

De snelheid waarmee consensus met betrekking tot de verschillende onderdelen van de protocollen ontstond, was afhankelijk van de aard van de beschikbare informatie en de in de werkgroep heersende meningen. Er kunnen daarbij drie niveaus van consensus onderscheiden worden:

- Consensus over de aanbeveling gebaseerd basis op wetenschappelijke informatie, bijvoorbeeld het starten van de behandeling met leefstijlinterventie.
- Consensus over de aanbeveling waarover in de werkgroep weinig / geen wetenschappelijke gegevens bestaan doch ook geen verschillen in mening. Bijvoorbeeld de momenten van terugrapportage diëtist aan POH/huisarts.
- Consensus over een aanbeveling waarvoor geen/weinig of tegenstrijdige onderzoeksgegevens bestaan maar waar in de werkgroep wel een meningsverschil over is, zoals het doorverwijzen van patiënten met ondergewicht bij diabetes. In dit geval werden voor- en nadelen van de aanbeveling geanalyseerd, een waarde er aan toegekend en beoordeeld of de aanbeveling diende te worden opgenomen.

Bij alle drie de vormen is uiteindelijk consensus bereikt, en staat iedereen achter het protocol en zijn inhoud.

4.7. *Het (multidisciplinaire) protocol – de theorie*

Multidisciplinaire protocollen hebben een coördinerende en integrerende functie. Het betreft coördinatie tussen de behoeften van de patiënt, het behandelplan en de daaraan gekoppelde taakverdeling binnen het multidisciplinaire team. Een multidisciplinair protocol biedt mogelijkheden om knelpunten met betrekking tot communicatie, coördinatie en compliance te verminderen en daarnaast om de autonomie van de patiënt te ondersteunen (Proot, 1995). Bovendien kunnen protocollen beschouwd worden als een instrument voor professionalisering van de zorg ter bevordering van het de beoogde kwaliteit van de zorgverlening. Het proces van protocolontwikkeling op zichzelf kan ook kwaliteitsbevorderend werken. Men wordt gedwongen de eigen werkwijze en die van het team te analyseren en te expliciteren en aan elkaar te toetsen. Op deze wijze wordt tegemoet gekomen aan een belangrijk uitgangspunt van kwaliteitszorg, namelijk de kwaliteitsbevorderingscyclus (Grol, Wensing, Laurant en Harmsen, 2003). Protocollen kunnen tevens worden gezien als een instrument voor verantwoording en beheersing ervan (Hollands et al, 2002). Kobus en Carlier (1990) onderscheiden drie protocolvormen gebaseerd op de aard van het te protocolliseren probleem, hetgeen de wijze waarop de coördinatie kan plaatsvinden beïnvloedt:

- Verrichtingen- of taakprotocol. Dit type protocol beschrijft handelingen zoals die door de verschillende leden van het team zullen worden uitgevoerd, al dan niet gekoppeld aan een tijdschema. Het omschrijft de multidisciplinaire visie over de handelingen die de individuele zorgverlener moet verrichten binnen de zorg voor de patiënt. Voorwaarde is dat het verloop van het probleem goed bekend en voorspelbaar is zodat overeenstemming kan worden

bereikt over hoe het probleem dient te worden aangepakt en welke taakverdeling daar mogelijk bij is. Dit protocol beïnvloedt de professionele autonomie van de zorgverlener. Het risico bestaat dat de zorgverlener zich slechts een uitvoerder van het protocol voelt.

- Doelprotocol. Dit type protocol probeert de coördinatie te realiseren via de doelstellingen die nagestreefd worden, al dan niet geordend op een tijds of doelhiërarchie. Het omschrijft de multidisciplinaire visie over de doelen die de individuele zorgverlener moet nastreven binnen de zorg voor de patiënt. Een doelprotocol gaat minder in op hoe een doel gerealiseerd moet worden. Dit wordt overgelaten aan de verantwoordelijkheid van de betrokkenen, waardoor meer flexibiliteit is voor de individuele zorgverlener. Voorwaarde is dat de na te streven doelen bij het probleem in redelijke mate voorspelbaar zijn.
- Beslissingsondersteunend protocol. Dit type protocol verdient de voorkeur indien het verloop van een probleem slecht voorspelbaar is. Dit protocol omschrijft de multidisciplinaire visie over de informatie die de individuele zorgverlener moet verzamelen zodat de multidisciplinaire patiëntenbespreking efficiënt beslissingen kan nemen over het te volgen beleid ten aanzien van de individuele patiënt. Het protocol probeert de informatiestroom te ordenen en efficiënt te laten verlopen. Uitgangspunt daarbij is dat het verzamelen van informatie en het nemen van beslissingen een teamverantwoordelijkheid is, waaraan iedereen een bijdrage levert.

Het verrichtingen- en doelprotocol zullen in de praktijk altijd een overlap vertonen. Er zijn geen verrichtingen zonder doelen en geen doelen zonder verrichtingen. Het onderscheid bestaat uit de wijze waarop de inhoud van het protocol wordt georganiseerd. Dit geldt ook voor het beslissingsondersteunende protocol.

Om de nieuwe, feitelijke werkwijze aan de hand van een protocol te realiseren, moet het protocol hanteerbaar en effectief zijn, waarmee rekening wordt gehouden met bestaande belemmeringen ten aanzien van de invoering daarvan. Dit betekent dat men er voor dient te zorgen dat de uitvoerders voldoende inzicht hebben in de gewenste veranderingen, deze accepteren en bereid zijn deze daadwerkelijk over te nemen (Grol et al, 1994). Acceptatie en invoering van een protocol zal voor een belangrijk deel afhangen van de wijze waarop het protocol tot stand is gekomen en van de wijze waarop de doelen zijn geformuleerd. Derhalve moet vanaf het begin van het ontwikkelingsproces van het protocol gerichte aandacht zijn voor de invoering ervan in de praktijk. Problemen op dit gebied kunnen te maken hebben met onder andere de status van het protocol (Grol et al, 1994). De status van een protocol verwijst naar de gebruiksfuncties die in de praktijk aan een protocol toegekend worden. Afhankelijk van de problematiek en de aard van de zorgverlening dient bepaald te worden welke functie het protocol dient te vervullen: of het protocol een overlegondersteunend /-vervangendinstrument of een voorschrijvend/ adviserend instrument is (Kobus en Carlier, 1990). In de visie dat een protocol als bindende leidraad (voorschrijvend) wordt beschouwd voor een handelwijze, ligt besloten dat het protocol een middel is dat moet leiden tot één goede uitkomst. In de visie van het protocol als overlegondersteunend is het protocol een hulpmiddel voor de besluitvorming waarbij op basis van professionele inzichten en kenmerken van de situatie een besluit wordt genomen. Het protocol zorgt dan bijvoorbeeld ervoor dat tijdens een overlegsituatie de benodigde informatie aanwezig is, zodat een beslissing daadwerkelijk kan worden genomen. Bij de ontwikkeling van protocollen kan, afhankelijk van het onderwerp en de daarbij behorende doelstellingen, een accent worden gelegd op de status die de het protocol moet gaan vervullen. Als

dat eenmaal is vastgesteld, kan worden overgegaan tot het daadwerkelijk ontwikkelen van het protocol.

4.8. *De eindproducten: het verwijsprotocol en Diëtistisch behandelprotocol*

Het eindproduct, het samenwerkingsprotocol bestaat uit een verwijsprotocol en een diëtistisch behandelprotocol. Het verwijsprotocol bevat criteria die aangeven wanneer de POH een patiënt moet doorverwijzen naar de diëtist en wanneer terugrapportage dient plaats te vinden. Het verwijsprotocol is een verrichtingenprotocol omdat het de handelingen beschrijft zoals die door de POH en door diëtist zullen worden uitgevoerd. Dit protocol vereist dat het verloop van het probleem bekend is. Van diabetes is dit min of meer het geval. Dit betekent dat voor elke discipline duidelijk is wat in de verschillende fases gedaan moet worden. Ook bestaan er binnen het team geen onduidelijkheden of problemen over de verantwoordelijkheden en de taakafbakening. Dit maakt dat de nadruk minder op de afstemming tussen disciplines komt te liggen. Beslissingen kunnen veelal decentraal worden genomen.

Voor het diëtistisch behandelprotocol is gekozen voor een beslissingsondersteunend protocol inzake de afstemming van taken van POH en diëtist met betrekking tot de behandeling van patiënten met diabetes. Om multidisciplinaire zorg efficiënt en effectief te laten verlopen is behoefte aan informatie om beslissingen te kunnen nemen. Het beslissingsondersteunend protocol probeert deze informatiestromen te ordenen en efficiënt te laten verlopen.

Bij het opstellen van het protocol is gepoogd de bestaande werkwijzen te expliciteren, met andere woorden de in het team aanwezige kennis is expliciet gemaakt en op een efficiënte manier aan elkaar gekoppeld.

De NDF-Zorgstandaard is gekozen als uitgangspunt bij het opstellen van het samenwerkingsprotocol POH-Diëtist. De Zorgstandaard is een algemeen raamwerk op hoofdlijnen voor de behandeling van alle mensen met diabetes type 2 en biedt daarmee het fundament voor goede diabeteszorg in ons land. De richtlijn vormt de input voor een protocol waarin naast het 'wat en wanneer' het 'hoe en wie' wordt beschreven.

4.8.1. Inhoud verwijsprotocol

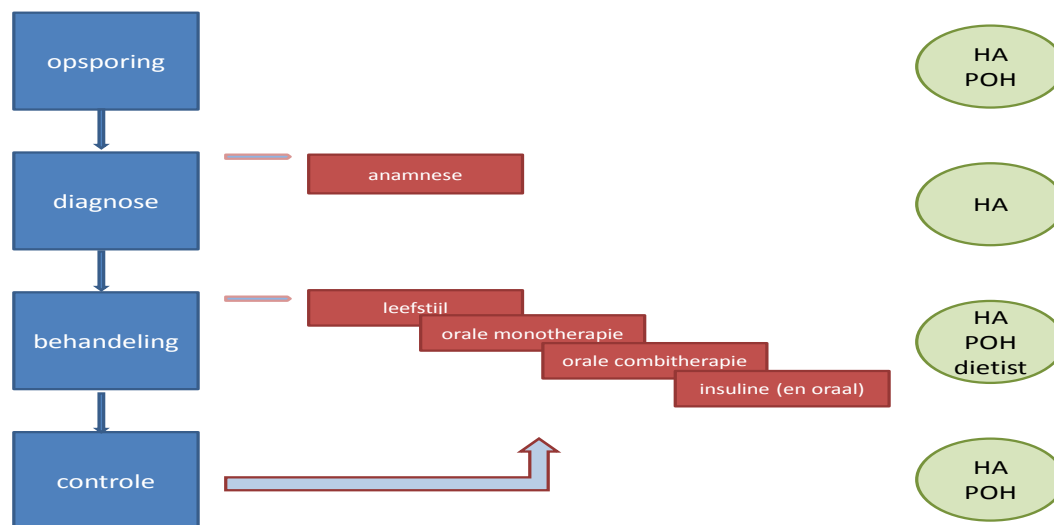
De werkgroep heeft besloten om naast de verwijscriteria ook andere bijkomende activiteiten op te nemen, zoals het versturen van een digitaal consultaanvraagformulier en terugrapportage. Voor het rapporteren via de mail zal gebruik worden gemaakt van zorgmail. Dat is een mailprogramma waarop afgeschermd, beveiligd e-mailverkeer mogelijk is.

De verwijscriteria zijn voornamelijk gebaseerd op die van de site Arstenwijzer Diëtetiek van de Vereniging Nederlandse Diëtisten (NVD, 2011). De POH verwijst elke nieuwe diabetespatiënt direct na de diagnose. Bestaande diabetespatiënten worden doorverwezen in enkele bijzondere situaties zoals bij gewichtsverlies en bij verandering van voedingsgewoonten. Tot slot worden de bestaande patiënten en de risicogroepen elk laatste kwartaalcontrole doorverwezen. Daarvoor vult de POH een digitaal consultaanvraagformulier in en verstuurt deze via zorgmail naar de diëtist. Zodra de diëtist het digitale verzoek heeft ontvangen, neemt de diëtist contact op met de diabetespatiënt voor het maken van een afspraak. Na het consult rapporteert de diëtist terug naar POH. Ook andere terugrapportage momenten van de diëtist aan de POH zijn in het protocol opgenomen.

Voorkeursmomenten voor terugverwijzing van diëtist aan POH zijn ook benoemd. De praktijkondersteuner informeert de huisarts, conform afgesproken richtlijnen die hier niet verder zullen behoeven te worden besproken.

4.8.2. Inhoud diëtistisch behandelprotocol: stapsgewijze behandeling

Diabetes is goed te behandelen en in sommige gevallen zelfs omkeerbaar. Desondanks is diabetes in principe een progressieve ziekte omdat de achteruitgang van de β -cel in de loop van de jaren langzaam doorgaat. Dit verklaart waarom gedurende de ziekte de glucosewaarden geleidelijk zullen stijgen en steeds meer medicatie nodig is om normoglykemie te bereiken (Reenders et al, 2010). Om de patiënt in de loop der tijd steeds goed te blijven behandelen moet de behandeling steeds geïntensiveerd worden. Door frequente controles die bij patiënten met diabetes worden verricht, wordt gepoogd een verslechtering van de regulatie op spoor te komen waardoor de behandeling geïntensiveerd kan worden. Hierbij wordt door Zorroo gebruik gemaakt van een stapsgewijze behandeling.



Figuur 4 Stapsgewijze behandeling en samenwerking huisarts(HA)-praktijkondersteuner(POH)-diëtist.

De behandeling van diabetes vraagt om zorg op zeer veel verschillende terreinen: educatie en zelfmanagement, beweeg- en voedingsinterventies, medicatie en stoppen met roken. Deze diversiteit in educatiepunten behelzen een probleem. De vergoeding voor elke nieuwe diabetespatiënt die een diëtist krijgt is landelijk 90 minuten (oftewel: 60 minuten consult). Het is niet haalbaar om al de voornoemde punten te behandelen in 60 minuten. Om dit probleem te ondervangen is door twee grote zorgverzekeraars in Brabant, CZ en UVIT, in overleg met Zorroo de DBC-vergoedingen aangepast. Het voorstel is om de tijd die een diëtist krijgt te verhogen naar in totaal 4 uur, inclusief de behandeling voor overgewicht. Hierdoor is het nu mogelijk om meerdere educatiepunten in de behandeling te betrekken binnen de keten-DBC. Echter, dit geldt alleen bij DBC-vergoedingen via Zorroo.

Het ontwikkelde samenwerkingsprotocol bevat een overzicht hoe bepaalde handelingen in de praktijk moeten worden uitgevoerd en heeft tot doel de beroepsbeoefenaren te ondersteunen bij het uitvoeren van zorginhoudelijke handelingen. De noodzaak om een goede afstemming tussen de zorginhoudelijke handelingen van een POH en een diëtist te verkrijgen is evident.

4.9. Relevantie van het protocol

Voor het verkrijgen van acceptatie is het van belang dat gebruikers de in voorschriften of protocollen vastgelegde maatregelen als relevant beschouwen. Dat betekent dat de inhoud van protocollen niet

tegenstrijdig dienen te zijn met de opvattingen van gebruikers over hun taakuitvoering (Steman en Zomerplaag, 1995). Ter bevordering van de acceptatie moeten protocollen opgesteld zijn volgens wetenschappelijke validiteit (evidence-based), ze dienen echter ook aan te sluiten op de ervaren problematiek in de dagelijkse praktijk (Kobus en Carlier, 1990). Dit laatste kan worden ondervangen door de werkgroep samen te stellen uit een breed samengestelde groep lokale hulpverleners, hetgeen de kans op acceptatie en uitvoering ervan vergroot (Grol et al, 1994).

De inhoud van het protocol is wetenschappelijke onderbouwd door de meest recente voedingsrichtlijn van het NDF, de NDF zorgstandaard, en de richtlijnen van het NHG en CBO.

Daarnaast is het protocol opgesteld op door een multidisciplinaire groep hulpverleners op lokaal niveau.

4.10. Completie van het protocol en overdracht aan opdrachtgever

Het via bovengenoemde methode ontwikkelde protocol is in januari 2011 gecompleteerd en door de werkgroep formeel overgedragen aan Zorroo. De opdrachtgever heeft dit protocol goedgekeurd en is voornemens het in het voorjaar te gaan implementeren. De implementatie van het protocol valt buiten de reikwijdte van deze afstudeeropdracht.

5. Conclusie en aanbevelingen

Een samenwerkingsprotocol tussen de praktijkondersteuner en de diëtist voor de behandeling van diabetespatiënten binnen de keten-DBC, is opgesteld en geaccepteerd door Zorroo. Daarmee is de doelstelling voor opdrachtgever succesvol afgerond.

Het ontwikkelen van dit protocol was de doelstelling van de afstudeeropdracht en geeft aanleiding tot de volgende opmerkingen.

Uit het onderzoek komt naar voren dat er geen leidraad bestaat voor het schrijven van een protocol. Uitgaande van de omschrijving van het begrip “richtlijn” en “protocol” en in de literatuur gevonden criteria voor goede richtlijnen zijn criteria geselecteerd voor het opzetten van het protocol.

Daarnaast is rekening gehouden met de acceptatie van het protocol. Acceptatie en invoering van het protocol zal voor een belangrijk deel afhangen van de wijze waarop het protocol tot stand is gekomen en van de wijze waarop de doelen zijn geformuleerd. Derhalve is vanaf het begin van het ontwikkelingsproces van het protocol gerichte aandacht geweest voor de invoering ervan in de praktijk. Problemen op dit gebied kunnen te maken hebben met onder andere het doel en de status van het protocol, de samenstellers en de gebruikte methodiek om tot het protocol te komen.

Daarmee is bij het opstellen van het protocol rekening gehouden.

Het samenwerkingsprotocol bevat een beleidsondersteunend protocol (het diëtistisch behandelprotocol) en een verrichtingen protocol (het verwijsprotocol), samengesteld op lokaal niveau door middel van groepsconsensusmethode aan de hand van centraal ontwikkelde richtlijnen en evidence-based informatie. Om tot interne consensus te komen is er voor gekozen met de belanghebbenden te evalueren over de bevindingen uit de literatuur en Best Practices.

Bij de samenstelling van het team is gekozen voor de lokale benadering. De groep bestond uit lokale hulpverleners die gezamenlijk op basis van beschikbare kennis en ervaring een protocol ontwikkelden. Daarbij is bij gebruik gemaakt van landelijk ontwikkelde documenten (NDF, NHG en CBO-richtlijnen). Centraal ontwikkelde richtlijnen zijn toegepast in een lokaal ontwikkeld protocol. Het resultaat is een samenwerkingsprotocol diabetes, bestaande uit een verwijsprotocol en een praktijkondersteuner-diëtist-behandelprotocol (zie bijlage 2). Het betreft samenwerking tussen praktijkondersteuner en diëtist onder regie van de huisarts. Het bevat een overzicht hoe bepaalde handelingen in de praktijk moeten worden uitgevoerd en heeft tot doel de zorgverlener te ondersteunen bij het uitvoeren van zorginhoudelijke handelingen.

Vernieuwingen in de zorg in de vorm van een protocol vormen in het ideale geval een combinatie van wetenschappelijke validiteit, toepasbaarheid in de praktijk en acceptatie door de verschillende betrokkenen. In dit samenwerkingsprotocol zijn de noodzakelijke, gewenste en/of mogelijke zorginhoudelijke handelingen voor patiënten met diabetes beschreven op basis van consensus tussen Zorroo, praktijkondersteuners, Thebe en ABCdiëtistennetwerk. Het heeft betrekking op de lokale werksituatie, is op lokaal niveau ontwikkeld en geeft een omschrijving van het handelen van de beroepsbeoefenaren. Aan de inhoudelijke ontwikkeling ervan liggen landelijk meest-recent ontwikkelde richtlijnen en standaarden ten grondslag, zoals die van de NDF (Zorgstandaard en Voedingsrichtlijn) en NHG. Op basis van deze bronnen en aanvullende literatuur is de inzet van (para)medici zo veel mogelijk onderbouwd. Waar geen onderbouwing werd gevonden, zijn de aanbevelingen gebaseerd op consensus die werd bereikt tijdens de meetings van de werkgroep. Met het bovenstaande is zoveel mogelijk tegemoet gekomen aan de voorwaarden voor het verhogen van de kans op acceptatie en implementatie van het protocol.

5.1. *Aanbevelingen: Vervolgstappen na de protocolontwikkeling*

Het ontwikkelde protocol is niet het eindpunt. Het vervolgtraject is van groot belang voor het bereiken van de door Zorroo gewenste effecten. Het protocol dient nu onder de aandacht te worden gebracht voor de groep waarvoor ze bedoeld is. Het moet zodanig worden verspreid en ingevoerd, dat de beoogde uitvoerders er positief tegenover gaan staan en ze een vaste plaats geven in hun dagelijkse routine. De implementatie is een stapsgewijsproces, een zorgvuldige planning en vormgeving van dit proces zal zeker bijdragen aan de gewenste effecten.

Echter, voordat hier naar kan worden overgegaan verdient het aanbeveling om op beperkte schaal proef te draaien zodat kan worden geëvalueerd of men op de juiste weg zit. In de uiteindelijke acceptatie en implementatie van het protocol zal de toepasbaarheid ervan in de dagelijkse praktijk van doorslaggevend belang zijn. Derhalve is het testen door middel van een pilot-studie op kleine schaal gewenst. Hierbij wordt de betrokken hulpverleners gevraagd gedurende een bepaalde tijd het protocol uit te voeren, het handelen te registreren en te rapporteren over de knelpunten die ze daarbij tegenkomen. Er kan worden getest hoe het protocol werkt in de praktijk, hoe deze ontvangen zal worden en wat de mogelijke knelpunten in de toepassing kunnen zijn.

Aansluitend volgt het plannen en implementeren van het protocol. Tijdens het ontwikkelen van het protocol heeft de werkgroep rekening gehouden met de implementatie van het protocol, door te letten op de informatie uit goed onderbouwd (dat wil zeggen: zoveel mogelijk evidence-based) onderzoek, de toepasbaarheid ervan in de praktijk en de acceptatie ervan door betrokkenen.

Hierdoor kan de kans op een succesvolle implementatie worden vergroot.

Na de implementatie dient er aandacht te zijn voor het blijven toepassen van het protocol. De POH's en diëtist dienen uiteindelijk te handelen zoals het protocol dat voorschrijft. Om te bereiken dat ze blijven handelen zoals gewenst, is met name continuïteit in de voorlichting (instructie, herinneringen) en het stimuleren van regelmatige feedback op gedrag noodzakelijk.

De laatste stap in de kwaliteitscyclus is de evaluatie van het resultaat, waarbij onder andere wordt nagaan of de beoogde doelen van het protocol worden behaald.

Het uiteindelijke doel van het protocol is tweeledig:

- Een doorverwijzing naar diëtist.
- Op elkaar afgestemde informatieoverdracht aan patiënt.

Het is mogelijk met een solide ontwikkelde, op de problemen toegesneden aanpak veranderingen in de zorg te realiseren.

Evalueren is belangrijk omdat men dan pas kan zien of het beoogde effect is bereikt. Hiervoor zijn valide, betrouwbare en toepasbare indicatoren nodig om na te gaan of de doelen van implementatie worden gehaald. Als indicator voor het eerste doel kan het aantal doorverwijzingen naar diëtist worden gebruikt. Per 1 maart 2011 is gestart met het digitaal doorverwijs consultformulier. Het is vanaf deze datum enkel nog slechts mogelijk om op deze wijze diabetespatiënten naar een diëtist door te verwijzen. Het aantal digitale doorverwijzingen zal in de periode voorafgaand aan de implementatie van het protocol als nulmeting dienen.

Voor het tweede doel, het correct op elkaar afstemmen van de informatieoverdracht, is een ander meetinstrument nodig. Dit zou eventueel in de vorm van een patiëntenenquête kunnen plaatsvinden. Daarbij zou de patiëntenenquête uit 2010 als nulmeting kunnen dienen, waardoor een vóór en een na meting gehouden wordt ten aanzien van de te bereiken doelen uitgevoerd in groep die met de interventie te maken krijgt (before and after singel group design) (Grol et al, 1994).

Kwaliteitszorg is een cyclisch proces waarbij de stappen achtereenvolgens moeten worden doorlopen om tot verbetering van de zorg te komen. Een continue verbetering van de hulpverlening kan gerealiseerd worden door de cyclus steeds opnieuw te doorlopen, en de evaluatie regelmatig te herhalen bijvoorbeeld jaarlijks (aan het begin van het kalenderjaar).

Gewoonlijk bedraagt de winst in goed opgezette interventieprojecten maximaal ongeveer 10 à 15% verbetering wat betreft de gekozen doelen (Grol et al, 2003).

Voor het vervolgtraject is behoefte aan een planmatige aanpak van implementatie en evaluatie van het protocol. Het is raadzaam het implementeren door een nieuw in te stellen groep te laten uitvoeren.

7. Discussie

Op het gebruik van protocollen wordt nogal eens het bezwaar geuit dat het zou leiden tot een vorm van “kookboekgeneeskunde”, waarbij de kennis en vaardigheden van de professional als het ware worden vervangen door een protocol. De professional wordt bij wijze van spreken slechts een uitvoerder. Dit zal voor een belangrijk deel afhangen van welke protocolvorm gebruik is gemaakt. Voor een verrichtingenprotocol geldt het meer dan voor een beslissingsondersteunend protocol. Ook is de status van invloed; bij een adviserend protocol is meer ruimte voor een eigen inbreng dan bij een voorschrijvend protocol. Het ontwikkelde protocol is een beslissingsondersteuning, geen beslissingsnemend systeem. Beredeneerd afwijken mag en moet soms zelfs.

Een andere kanttekening van “de kookboekgeneeskunde” is dat het volgen van een protocol wordt beschouwd als een slechte vorm van geneeskunde bedrijven, omdat men geen rekening houdt met de zieke, slechts enkel met de ziekte. Het gebruik van een protocol is ontoereikend voor de opbouw van een vertrouwensrelatie in een institutionele setting. Uit de literatuur blijkt echter dat hulpverleners die werken aan de hand van een geprotocolleerde behandelmethodiek, die ze goed onder de knie hebben, meer ruimte en tijd hebben om een kwaliteitsvolle relatie met de patiënt uit te bouwen. Aangezien de zorgverlener zich de procedure van de behandelingsmethodiek heeft eigen gemaakt, heeft hij meer oog voor bepaalde relationele aspecten zoals de emotionele noden en wensen van de patiënt. Deze ruimte voor relatievorming en het gebruik van motiverende technieken zijn elementen die doorslag kunnen geven bij het bepalen van het behandelingssucces (Yperen, 2004).

Bij het gebruik van een protocol in dit project, kan een vraagteken worden gezet bij het inzetten van een protocol als instrument om het aantal doorverwijzingen door POH naar diëtist te verhogen. Van de geënquêteerde patiënten gaf 5% aan een verwijzing naar diëtist te missen en 19% zegt nooit (of slechts een enkele keer) een diëtist te hebben geconsulteerd. Uit gesprekken met POH's komt echter naar voren dat een patiënt vaak een doorverwijzing naar de diëtist wordt geadviseerd echter dat de patiënt niet wil. Een vaak gehoorde opmerking is: “Dat heb ik niet nodig” of “Ik weet het allemaal wel”. Uit de enquête blijkt ook dat een grote groep patiënten (39%) lang gelden een diëtist heeft bezocht dan wel zien geen aanleiding meer om diëtist te bezoeken vanwege bekendheid met eetpatroon.

In het protocol wordt ervan uitgegaan dat de patiënt in kwestie al volledig ‘therapierijp’ is. De werkelijkheid is weerbarstiger waardoor veel aandacht aan het motiveren van de patiënt moet worden besteed. Indien de oorzaak van een te lage doorverwijzing niet ligt bij het juist toepassen of onbekendheid met de doorverwijzingscriteria doch in de onwilligheid van de patiënt, dan is het de vraag of een protocol het juiste middel om het aantal doorverwijzingen te verhogen. Voor het motiveren van een patiënt is een protocol niet het juiste instrument. Wellicht is het raadzaam om in te zetten op voorlichting aan de patiënt over de toegevoegde waarde van een diëtist.

Een ander punt van bezwaar richt zich op de invoering van de keten-DBC. Uit het rapport van Struijs (Struijs, 2009) blijkt dat zorggroepen graag werken met voorkeursleveranciers, waardoor zij niet alle zorgaanbieders in de regio contracteren. Door het selectief contracteren van de zorggroep ontstaat een situatie waarin geen volledige keuzevrijheid voor de patiënt meer bestaat. In de regio Oosterhout en omstreken speelt dit minder omdat Zorroo de twee grote aanbieders van diëtistische zorgverlening hebben gecontracteerd.

De patiënt kan wel gebruik maken van diensten van een niet door een zorggroep gecontracteerde zorgverlener. Dit betekent dat de patiënt geen gebruik maakt van de geïntegreerde diabeteszorg zoals gefinancierd door de keten-DBC. De diëtist zal dan de diabeteszorg verlenen die rechtstreeks bij de zorgverzekeraar wordt gecontracteerd. Deze zorg door een niet-gecontracteerde zorgverlener valt dan binnen het eigen risico van de patiënt van zijn zorgverzekering.

Deze beperking van keuzevrijheid voor de patiënt heeft ook gevolgen voor de diëtist. Voor de eerstelijns zorgaanbieders zoals de diëtist bestaat de mogelijkheid om de diensten uit de keten los aan te bieden. Zij kunnen immers ook voor kiezen chronisch zieke patiënten te behandelen buiten een zorggroep om en hierover apart afspraken te maken met de zorgverzekeraar, zolang zij zich hierbij aan de Zorgstandaard houden. Echter, zoals hierboven vermeld, valt de vergoeding van dit consult in eerste instantie binnen het eigen risico van de patiënt waardoor de patiënt niet zo snel geneigd zal zijn een diëtist te consulteren.

Door de introductie van de zorggroepen en de ketenfinanciering is er sprake van een verschuiving van overheidsregulering naar markt- en zelfordening. Dit brengt verschillen aan vraag- en aanbodzijde met zich mee en vereist meer ruimte voor de partijen in het veld.

In het huidige systeem is sprake van twee markten (zie hoofdstuk 3) waarop vrije prijzen gelden en sprake is van gezonde mededingen. Het feit dat in een regio vaak slechts één zorggroep actief is, baart zorgen. Op de zorginkoopmarkt waar de diëtist te maken heeft met de zorggroep, is het risico van uitbuiting aanwezig. Daar is sprake van als de zorggroep de diëtist dwingende onredelijke contractvoorwaarden kan opleggen zoals een niet-kostendekkend tarief.

Een ander gevaar wordt gevormd door uitsluiting. Een sterke zorggroep kan bij het contracteren van aanbieders van zorg niet-participerende zorgaanbieders buitensluiten in het voordeel van de eigen zorgaanbieders. Individuele zorgverleners ervaren de onderhandelingspositie van de zorggroep bij het inkoopproces als te sterk (ZonMw, 2011).

Uitbuiting en/of uitsluiting leidt tot oneerlijke concurrentie en brengt een goede prijs-kwaliteitverhouding voor de diabetespatiënt in gevaar. Ook is het niet bevorderlijk voor goede samenwerking in de keten.

Ook de NVD onderkent dit, en stelt dat de zorgverleners over deze zaken niet anoniem een officiële klacht kunnen indienen bij het meldpunt Contractering. Want doen ze dat wel met naam en toenaam dan kan de betreffende diëtist de praktijk wel sluiten (Feijter, 2010). De NVD adviseert haar leden hiermee naar buiten te komen en binnen de gestelde kaders een collectieve boycot te organiseren. Daarnaast zijn er plannen om ook andere vormen van zorg via de een integrale bekostiging in de vorm van ketenzorg-diagnosebehandeling-combinatie te laten verlopen. Er zullen bijgevolg meer vormen van zorg via de zorggroepen verlopen, waardoor ze groter en machtiger worden. Dit versterkt de positie van de zorggroepen.

Aan de andere kant leidt een grote zorggroep tot een nieuwe machtsbalans op de zorgmarkt. Op de eerste en tweede markt zijn partijen die minstens even machtig zijn, zoals het ziekenhuis en de zorgverzekeraar. Door de zorggroepen ontstaat juist een tegenkracht in de regio.

Door de meest recente veranderingen in de keten-DBC vergoeding is de totaal beschikbare tijd voor het diëtistisch behandelen van een diabetespatiënt verminderd. Voorheen kon een patiënt 5,5 uur per kalenderjaar aan consulttijd krijgen, nu nog slechts 4 uur. De diëtisten van ABCdiëtistennetwerk en Thebe geven aan dat de nu beschikbare consulttijd, die nodig is om gedragsverandering te bereiken, te beperkt is. Het bereiken en bestendigen van gedragsverandering is een langdurig proces

van meerdere jaren, waarbij een regelmatige ondersteuning van essentieel belang is. Reviewstudies wijzen uit dat gedragsinterventies succesvol zijn in het bereiken van vooropgestelde doelen (Scientific American, februari 2011, p 24).

Daarnaast beïnvloedt ook therapietrouw de benodigde behandeltijd. Uit onderzoek van Nivel (Brink, 2004) blijkt dat gemiddeld ongeveer 30% van de patiënten een medisch advies niet of niet op de juiste manier opvolgt. Dit gemiddelde loopt op tot 50% bij complexe medicatie of bij medicamenteuze behandeling van een chronische ziekte zoals diabetes. Het RIVM verwoordt therapietrouw als volgt: “Therapietrouw bestaat uit de mate waarin het gebruik van geneesmiddelen, gedragsmatige interventies en het opvolgen van leefregels overeenkomt met wat de behandelaar – in samenspraak met de patiënt - heeft aanbevolen”(RIVM, 2007). Bij complexe medicatie of leefstijladviezen wordt therapietrouw slechts zelden in één consult bereikt.

De vier uur die nu worden voorgesteld is te kort om een gedragsverandering en therapietrouw te bewerkstelligen. Ook de Artsenwijzer berekent een langere behandeltijd. De behandeltijd van een diabetespatiënt met een enkelvoudige diagnose (behandelniveau 2) bedraagt volgens de artsenwijzer 5 uur en bij een meervoudige diagnose (behandelniveau 3) 7,5 uur (NVD, 2011).

Tot slot kunnen ook bij vormgeving van het protocol vraagtekens worden gezet. Bij de totstandkoming van het protocol heeft de werkgroep op advies van de kwaliteitscommissie het protocol op enkele punten met betrekking tot de lay-out moeten aanpassen. Ter behoud van de volledigheid en om geen concessies te hoeven doen met betrekking tot de inhoud van het protocol, is de tekst niet altijd vloeiend en kan daardoor verwarrend overkomen. Daarnaast diende het protocol aan te sluiten bij andere door Zorroo ontwikkelde protocollen en samenwerkingsafspraken. Voor het opzetten van het protocol is de indeling van de “samenwerkingsafspraken diabeteszorg tussen Zorroo en de regionale apotheek” als basis gebruikt. Dit heeft misschien niet tot de meest ideale vorm geleid. In de evaluatie van het samenwerkingsprotocol dient dit punt mee te worden genomen.

Er liggen nog belangrijke vraagstukken op het terrein van de wenselijkheid en de toepasbaarheid van een protocol in het algemeen en ook in dit project. De term “kookboekgeneeskunde “ is op het ontwikkelde protocol niet van toepassing. Echter, of het protocol het antwoord is op de vraag hoe het aantal doorverwijzingen naar de diëtist te verhogen, is nog niet duidelijk. Vooral als de motivatie van de patiënt de belemmerende factor is.

Ook bestaan nog bezwaren met betrekking tot de invoering van de keten-DBC. Het is twijfelachtig of een keten-DBC in ieders voordeel is. Voor de patiënt is dat aanvechtbaar: de keuzevrijheid is beperkt en ook de beschikbare diëtistische consulttijd is recentelijk verminderd. Therapietrouw en de daarmee samenhangende gedragsverandering is moeilijk in die korte tijd te bereiken.

Voor de diëtist is het ook twijfelachtig of een keten-DBC het beloofde brengt. Op de zorgmarkten is het risico van uitsluiten en/of uitbuiting aanwezig. Er is extra aandacht nodig voor de eerstelijns zorgaanbieders die nog niet zijn georganiseerd. Het is aan te bevelen voor de kleine eerstelijns zorgaanbieders om zich te organiseren waardoor meer gelijkwaardigheid op de markt ontstaat. Ook is het de vraag of de vormgeving van het protocol wel de juiste is. Het is raadzaam om dit punt mee te nemen in de evaluatie.

Wat de lange termijn effecten van het ontwikkelde protocol op de kwaliteit van zorg zal zijn, zal de (jaarlijkse) evaluatie moeten uitwijzen.

8. Literatuur en bronnen

AGREE Collaboration (Appraisal of Guidelines for REsearch & Evaluation AGREE) (2003). *Instrument en het handboek*. downloaden vanaf de website www.cbo.nl.

Baan C.A. , Kranen H.J. van., (2009A). *Welke factoren beïnvloeden de kans op Diabetes Mellitus?* In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheid en ziekte\Ziekten en aandoeningen\Endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten en immuniteitsstoornissen\Diabetes Mellitus, 21 juni 2009.

Baan C.A., Poos M.J.J.C. (2009B). *Hoe vaak komt Diabetes Mellitus voor en hoeveel mensen sterven eraan?* In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, 24 juni 2009.

Baan C.A., Wolleswinkel-van den Bosch J.H., Eysink P.E.D., Hoeymans N.. (2009C). *Wat is Diabetes Mellitus en wat is het beloop?* In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheid en ziekte\Ziekten en aandoeningen\Endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten en immuniteitsstoornissen\Diabetes Mellitus, 21 juni 2009.

Baan, C.A., Schoemaker, C.G., (2009D). *Diabetes tot 2025 preventie en zorg in samenhang*, Rapport 260322004/2009 RIVM, Bilthoven.

Bareman R. , Roobol J.. *Hoe vaak komt diabetes voor in de regio?* In: Regionale VTV, Regionaal Kompas Volksgezondheid West-Brabant. Breda GGD West-Brabant, Regionaal Kompas Volksgezondheid West-Brabant\ Gezondheid en ziekte\ Diabetes, 13 november 2008.

Barents, E.S.E., (2007). *Diabetes Mellitus bij volwassenen*, Informatorium voor Voeding en Diëtetiek.

Brink-Muinen, A. van den, et al. (2004), 'Factoren gerelateerd aan farmacotherapietrouw van chronisch zieken – resultaten van studies uitgevoerd in Nederland sinds 1990,' NIVEL 2004.

Brug, J. , Kremers S.P.J. (2002). *Een model voor fasen van gedragsverandering: het model Stages of Change en voedingsvoorlichting*. Informatorium voor Voeding en Diëtetiek (september 2002), p. XIVa–1-XIVa–21

Bruggink, J-W., (2009). *Webmagazine*, CBS, woensdag 18 maart 2009.

CBO Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg (2007). <http://www.cbo.nl/thema/Richtlijnen/EBRO-handleiding/5-Literatuuronderzoek/>. Gekeken 3 januari 2011.

CBO Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg (2009). <http://www.cbo.nl/thema/Richtlijnen/>. Gekeken op 20 januari 2011.

CBO Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg (2010) *Richtlijn Diagnostiek en behandeling van COPD, Actualisatie maart 2010*, Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO Utrecht

DCCT, Diabetes Control and Complications Trial (2008). clinical study conducted from 1983 to 1993
NIH Publication No. 08–3874, May 2008 <http://diabetes.niddk.nih.gov/dm/pubs/control/#DCCT>,
gekeken 30 november 2010.

Diabc (2009). *Maandblad van Diabetes Vereniging Nederland*, oktober jaargang 63, blz 29

Donabedia, A. (1982). *Explorations in Quality Assessment and Monitoring, Vol II. The Criteria and standards of quality*. Ann Arbor, Michigan, Health Administration Press.

Eysink P.E.D. (2010). . *Zijn er binnen Nederland verschillen naar regio?* In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM,
<<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheid en ziekte\Ziekten en aandoeningen\Endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten en immuniteitsstoornissen\Diabetes Mellitus, 10 juni 2010.

Feijter de C. (2010) “*Diëtist past de regiefunctie bij voeding in eerste lijn: ‘het vak is volwassen en mag niet in de uitverkoop’*” via <http://www.de-eerstelijns.nl/wp-content/uploads/2010/12/DE2010-08-NVD.pdf>, gekeken op 24 januari 2011

Grol, R.T.P.M., Everdingen, J.J.E., van, Casparie .A.A. (1994). *Invoering van richtlijnen en veranderingen, een handleiding voor d emedische, paramedische en verpleegkundige praktijk*. De tijdstroom, Utrecht.

Grol, , R.T.P.M., Wensing, M. Laurant, M., Harmsen, M. (2003). *Implementatie van kennis in de praktijk, het richtlijnen implementatieprogramma WOK*, 2003

Hamberg-van Reenen H.H. (2010). *Wat is het bereik en wat zijn de effecten?* In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM.

Hendriksen,G.M.M. , Ligtenberg, G., Roepnarain,F. J.L. (2009). *Preventie van diabetes: verzekerde zorg?* College voor zorgverzekeringen Diemen.

Hogenelst, M.H.E., Snoek ,F.J. (2010). *Psychologische implicaties van type-2-Diabetes Mellitus* Bijblijven jaargang 26, nummer 3 (2010) p. 64-70.

Hollands, L., Hendriks, L., Ariëns, H. (2002). *Elementen vna kwaliteitszorg*. LEMMA BV Utrecht 2002

Houben - van Herten, M. (2010). *Webmagazine*, CBS, maandag 22 maart 2010 9:30

IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg (2003). *Staat van de gezondheidszorg 2003*. Ketenzorg bij chronisch zieken. Den Haag:IGZ.

IZER, (Integrale Zorggroep Eerstelijns Rijnmond) (2011). <http://www.izer.nl/dbcs/dbc-diabetes/protocollen-dm/>. Gekeken op 14 februari 2011.

Kobus, M.H., Carlier, J.M., (1990) *Over het ontwikkelen invoeren van multi-disciplinaire protocollen*. Utrecht, NZr Consult publicatie nr 290.154.

LEVV (Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging) (2011)
<http://www.levv.nl/nl/themas/richtlijnen-protocollen/> . gekeken op 1 februari 2011.

- Lakerveld-Heyl, K., Ravensberg, C.D. van, Wams, H.W.A. (2005). *Paramedische zorg voor patiënten met Diabetes Mellitus Type 2*. Resultaten uit literatuur Amersfoort.
- Leytens, J., Wagner, C. (1999). *Inventarisatie en kwaliteitsbeoordeling van bestaande richtlijnen en protocollen in de verpleging en verzorging, eindrapportage*. Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, NIVEL
- Molnar D. (2004). *The prevalence of the metabolic syndrome and type 2 Diabetes Mellitus in children and adolescents* [review]. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2004;28(Suppl 3):S70-S4.
- Mooy J.M., Grootenhuis P.A., de Vries H., Valkenburg H.A., et al. (2005). *Prevalence and determinants of glucose intolerance in a Dutch Caucasian population. The Hoorn Study*. *Diabetes Care* 2005;18:1270-3.
- Mulder M. (2010). *Diabetes Mellitus 2005-2008*. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.zorgatlas.nl>> Zorgatlas\Gezondheid en ziekte\Ziekten en aandoeningen\Endocriene-, voedings- en stofwisselingsziekten en immuunstoornissen, 21 juni 2010.
- Muis (2010). Powerpoint presentatie *Tevredenheid Diabetes Mellitus type II Patiënten*.
- NDF (Nederlandse Diabetes Federatie) (2007). *NDF Zorgstandaard, Transparantie en kwaliteit van diabeteszorg voor mensen met diabetes type 2*. Amersfoort, juli 2007 Nederlandse Diabetes Federatie
- NDF (Nederlandse Diabetes Federatie) (2010). *NDF Voedingsrichtlijn voor diabetes type 1 en 2 Evidence- based Voedingsrichtlijn voor mensen met diabetes type 1 en 2*.
- NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap) (2006). *NHG-Standaard Diabetes Mellitus type 2*
- NMa Nederlandse Mededingingsautoriteit (2010). Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) Richtsnoeren Zorggroepen augustus 2010.
- NVD (Nederlandse Vereniging van Diëtisten) (2011)
http://www.artsenwijzer.info/site/index.php?page=15&lg=nl#Diabetes_Mellitus
Gekeken op juli, augustus, september, oktober 2010, januari en maart 2011.
- Platform Kwaliteitsbeleid Zorg en Welzijn (1995). *Kwaliteitszorg en certificatie in de sector zorg en welzijn. Methodes om de kwaliteit van de beroepsuitoefening te garanderen*. Utrecht: NIZW.
- POLS (2010). Permanent Onderzoek Leefsituatie; module Gezondheid en Welzijn, CBS.
- Poortvliet, M.C., Schrijvers, C.T.M., Baan, C.A. (2006). *Diabetes in Nederland, Omvang, risicofactoren en gevolgen, nu en in de toekomst* RIVM, Bilthoven.
- Proot, I. (1995). "protocollering van zorg bij reumatoïde artritis: medische en ethische aspecten". Instituut voor gezondheidsethiek, Synchroon 22 sep 1995.

Redekop W.K., Koopmanschap M.A., Stolk R.P., Rutten G.E.H.M., Wolffenbuttel B.H.R., Niessen L.W. (2002). *Health-related quality of life and treatment satisfaction in dutch patiënts with type 2 diabetes*. Diabetes Care, 2002; 25: 458-463.

Reenders K., Tavenier, D., Woudstra, J.G. (2010). *De behandeling van diabetes: stap voor stap* Bijblijven jaargang 26, nummer 3 (2010) p. 17-24.

Redactie en Adviesraad Dieetbehandelingsrichtlijnen (2002)

Rijksoverheid (2010). <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/eerstelijnszorg>. _Gekeken op 14 november 2010.

RIVM (2007). <http://www.rivm.nl/preventie/geneesmiddelen/therapietrouw/#tcm:4-37768ouw> Gekeken op 1 februari 2011.

Roedig A. (2006). *Ziekenhuisopnamen Diabetes Mellitus 2001-2004*. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.zorgatlas.nl>> Zorgatlas\Gezondheid en ziekte\Ziekten en aandoeningen\Endocriene-, voedings- en stofwisselingsziekten en immuunstoornissen, 10 maart 2006.

Rongen-Westerlaken, C. (2004). *Inventarisatie type 2 diabetes bij kinderen. Enquête onder Nederlandse kinderartsen*, uitgevoerd in 2003/2004 Canisius Ziekenhuis Nijmegen. De verzamelde gegevens betreffen ruim 4.000 diabetespatiënten van 0-18 jaar).

Rutten G.E.H.M., Grauw W.J.C. de, Nijpels G., Goudswaard A.N., Uittewaal P.J.M., Does F.E.E. van der, et al. (2006). *NHG-Standaard Diabetes Mellitus type 2*. Tweede herziening. Huisarts Wet 2006;49:137-52.

Scientific American, februari 2011, p 24.

Steinmeijer, E., (2011), email aan A.J. van Liemt-Zwaal 23 januari 2011.

Steman, C., Zomerplaag, J. (1995). *Handleiding protocollen. Methodiek voor het opstellen en invoeren van protocollen in de gehandicaptenzorg*. Utrecht: NIZW.

Struijs, J.N., Til, van J.T. en Baan C.A. (2009). *Experimenteren met de keten-dbc diabetes De eerste zichtbare effecten* Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven 2009.

Synchron, (1996) *Werkconferentie protocollering van zorg 'Samen werken met een protocol', 22 september 1995 Hoensbroek : een verslag van de werkconferentie over multidisciplinaire protocollen in de zorg voor mensen met CVA, reuma en diabetes Hoensbroek* . Synchron, Coördinatiecentrum Chronisch Zieken, Limburg, 1996.

Taakgroep Programma Diabeteszorg (2005). *Diabeteszorg beter* Rapport 3 juni 2005

Thiel, S.W., van (2010). *nieuwe ontwikkelingen in diabetesbehandelingen, samenwerking 1^e 2ⁿ 2^e lijn in de toekomst*. Lezing ketenzorgsymposium, 21 september 2010

Til, J.T. van, Wildt, J.E. de, Struijs, J.N. (2010). *De organisatie van zorggroepen anno 2010 Huidige stand van zaken en de ontwikkelingen in de afgelopen jaren*Rapport 260332001/2010 RIVM, Bilthoven

Vos, P. (2009). *Tussen continuïteit en verandering, 27 adviezen van de RVZ 2003-2009* Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Den Haag, februari 2009

V&VN (Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland) (2007). <http://www.venvn.nl/Home.aspx>.
gekeken op 29 november 2010, 1 februari 2011).

VWS Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (1996). *De wet BIG in hoofdlijnen*, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Rijswijk

VWS (1997). *De kwaliteitswet zorginstellingen*, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Rijswijk.

VWS (2004). *Beleidsbrief Diabeteszorg beter*, Ministerie van VWS, Den Haag, juli 2004

VWS (2005). *Plan van aanpak 'Diabeteszorg beter'*. Brief van dr. H. Hoogervorst aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal d.d. 17 februari 2005. Den Haag

Wahle, A.E., Tutein Nolthenius, C., Prins, S., (2005). *Keten-dbc's diabetes*, Utrecht

ZonMw (2011). <http://www.zonmw.nl/nl/onderwerpen/alle-programma-s/diabetes-ketenzorg/actueel/> Gekeken op 5 januari 2011

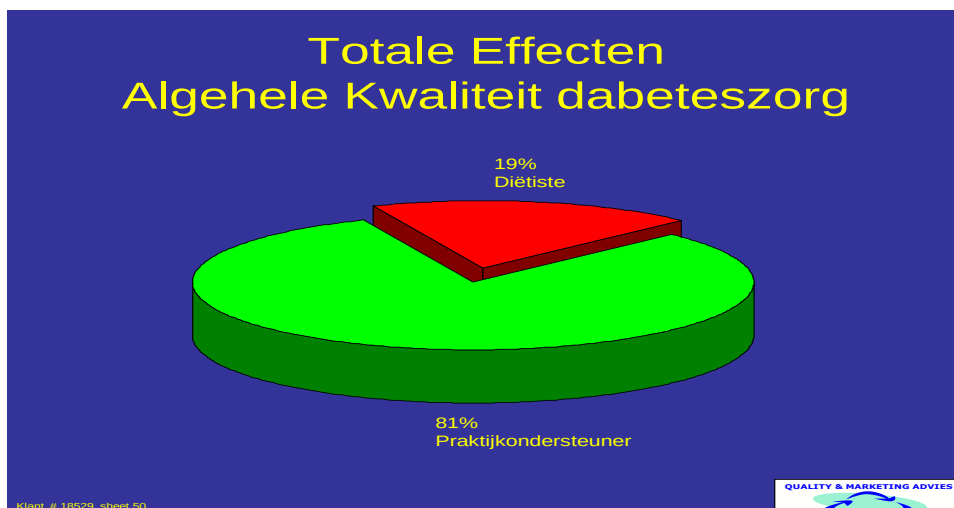
Zorggroep 't Haringvliet <http://www.tharingvliet.nl/protocol/inhoudsopgave>. Gekeken op 14 februari 2011.

Zorroo (2010) Verslag vergadering overleg dietetiek 13 april 2010.

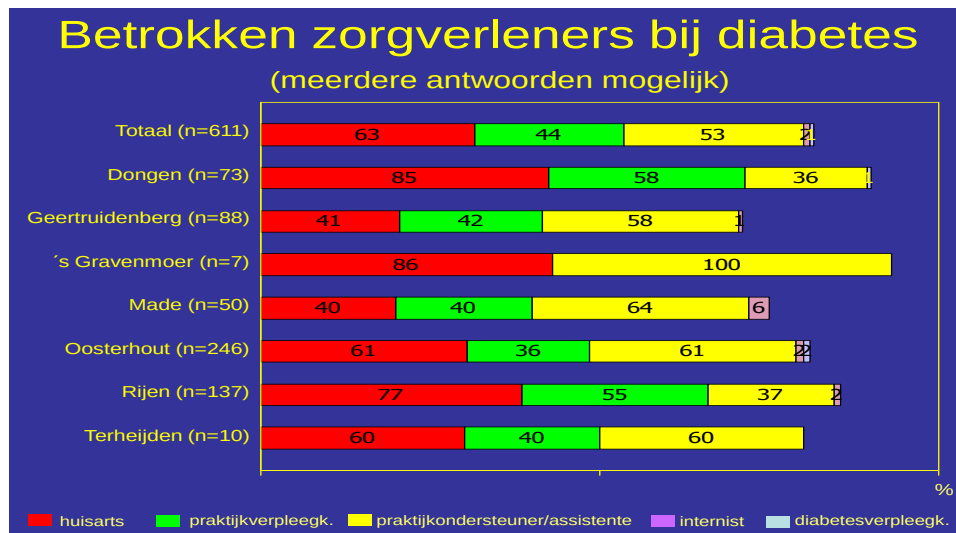
Bijlage 1 Een samenvatting van de patiëntenenquête door Zorroo

In 2010 heeft Drs. Hans H. Muis een tevredenheidsonderzoek verricht bij DIABETES patiënten in opdracht van Zorroo (Muis, 2010). Een patiëntenenquête is een goed middel om de mening van de patiënt te verkrijgen over de kwaliteit van zorg in een praktijk. (kwal van zorg, hollands). Het doel was inzicht te krijgen in de sterke en zwakke punten van de dienstverlening aan de klanten van Zorroo, te bepalen welke aspecten van de dienstverlening het sterkst samenhangen met de tevredenheid van klanten (de key-drivers) en die aspecten te identificeren die verbetering behoeven.

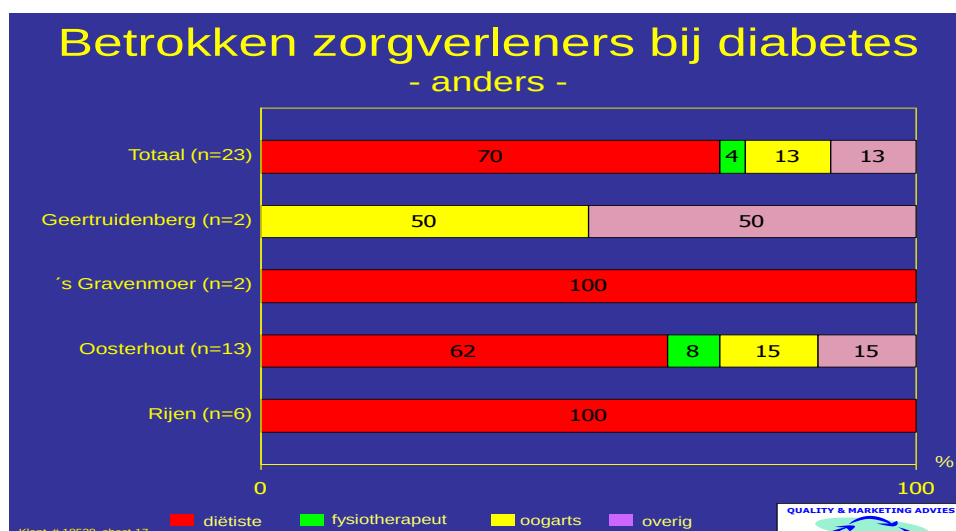
Uit de enquête kwam naar voren dat patiënten zeer te spreken zijn over de algehele kwaliteit van de diabeteszorg, het rapportcijfer bedraagt 8,74. De algehele kwaliteit van diabeteszorg wordt bepaald voor 19% door uitleg en begeleiding door diëtiste en 81% door POH. Een taakverdeling tussen beiden is bijgevolg van evident belang.



Een van de uitkomsten ten aanzien van de begeleiding door de POH was dat 15% de patiënten misten een verwijzing naar diëtist en/of informatie over dieet. Het blijkt dat 19% nog nooit (of slechts een enkele keer) bij een diëtiste is lang geleden langs geweest. Een ander punt dat te weinig aandacht kreeg was dat 17% van de ondervraagden miste op de persoon afgestemde informatie over voeding. De conclusie voor de POH luidt dat er een zeer hoge performance is. Aanbevolen wordt om meer aandacht te geven aan het doorverwijzen naar diëtiste en het geven van informatie over voeding.



Concluderend werd voor de diëtiste gesteld dat er sprake is van een goede performance door de diëtisten, maar enkele verbeteringen zijn nodig. Veel patiënten (39%) hebben lang geleden een diëtist bezocht dan wel zien geen aanleiding meer om diëtist te bezoeken vanwege bekendheid met eetpatroon. Een aanbeveling voor de diëtist is om een meerwaarde voor patiënt te creëren. Een actiepoint hierin voor de POH is te checken of de patiënt leeft volgens voorgeschreven eetpatroon. En evalueren met diëtist hoe zij patiënten (nog beter) van dienst kan zijn bij hun persoonlijke hulpvraag, dit betreft vooral informatie.



Bijlage 2 Voorblad Samenwerkingsprotocol

Protocol	Samenwerkingsprotocol DIABETES (verwijzingsprotocol en een diëtistisch behandelprotocol)
Instellingen	Zorroo (http://www.zorroo.nl) Thebe (http://www.thebe.nl) ABCdiëtistennetwerk (http://www.abcdiëtistennetwerk.nl)
Werkgroep	Lucie van Stappershoef (diabetesconsulenten bij zorroo), Esther van Driel (POH te Dongen), Carla Simons (POH te Rijen), Yvonne Herms (diëtiste van Thebe), Ellen Steinmeijer (diëtiste bij ABCdiëtistennetwerk) en Annette van Liemt-zwaal (student Voeding en Diëtetiek aan de Haagse Hogeschool)
Contactpersoon	Lucie van Stappershoef diabetesconsulent Zorggroep Regio Oosterhout e.o. B.V. E: lucie.vanstappershoef@zoroo.nl T: 06-81956528
Aanleiding	Uit een patiëntenenquête in 2010 van Zorroo bleek dat 15% van de patiënten met DIABETES een verwijzing naar een diëtist miste en/of informatie over het dieet. Daarnaast bestaan er onduidelijkheden mbt de taakafbakening tussen POH en de diëtist op het gebied van voeding waardoor er doublures of omissies in de behandelingen kunnen ontstaan.
Doelgroep	Patiënten met diabetes mellitus type 2
Doel	Doelstelling van het protocol is het verlenen van multidisciplinaire diabetes zorg aan DIABETES patiënt, die voldoet aan de NHG- en NDF-richtlijnen, waarbij per discipline de taken van de hulpverleners zijn aangegeven. Het uiteindelijke doel is de kwaliteit van de behandelzorg te verhogen.
Betrokken disciplines	Huisarts, POH en diëtist
Inhoud	een samenwerkingsprotocol diëtetiek conform de NHG-standaard, de NDF- en CBO-richtlijnen
Andere protocollen	Zorroo – protocol DM lifestyle, protocol DM behandeling met monotherapie, protocol DM behandeling met orale combinatietherapie, delegatie protocol insuline therapie
Voorlichtingsmateriaal	Informatie folder tablettherapie (Novo Nordisk) Informatie scheurblok Dieetadviezen bij dyslipidemie en/of DIABETES (AstraZeneca) Patiënteninformatie Diabeteszorg (Zorroo) Eettabel (Voedingscentrum) Thebe folders: Koolhydratenlijst en equivalentenlijst
Bevoegdheden	In het protocol zijn afspraken vastgelegd over verwijzing, communicatie en taakafbakening.
Protocolhouder	Zie contactpersoon
Stand van zaken	Ontwikkelingsfase
Planning	2010 ontwikkeling Half 2011 implementatie Eind 2011 eerste evaluatie
Evaluatie & bijstelling	Jaarlijks (aan het begin van het kalenderjaar) door bovengenoemde eerstelijnsdisciplines

Bijlage 3 Het verwijzingsprotocol

Verwijzingsactiviteiten POH

- **Voorkeursmoment voor verwijzing naar de diëtist:**
 - Direct na het stellen van de diagnose;
 - In de bijzondere situaties:
 - volwassenen: bij overgewicht, ondergewicht, ongewenste gewichtstoename of gewichtsverlies van meer dan 5 kg in 3 maanden en/of buikomvang bij vrouwen > 80 cm of bij mannen > 94 cm en/of hypertensie en/of afwijkend vetspectrum in een latere fase dan na het stellen van de diagnose;
 - bij verandering van de soort, dosering en toediening van de bloedglucoseverlagende medicatie (tabletten en/of insuline) ;
 - indien de patiënt optimaal effect wil behalen met zelfcontrole ;
 - indien onderzocht moet worden of de voedingsgewoonten van de patiënt een optimale regulatie in de weg staan;
 - indien er sprake is van een niet optimale diabetesregulatie in het algemeen ;
 - bij verandering van leef- of werkomstandigheden;
 - indien er sprake zou kunnen zijn van een eetprobleem ;
 - indien er sprake is van maag-darm problematiek ;
 - indien er sprake is van complicaties, waarbij aanpassing van de voeding zinvol is (bijvoorbeeld bij nierinsufficiëntie en gastroparese) ;
 - indien er andere specifieke vragen of problemen met de voeding zijn;
 - Jaarlijks tijdens de laatste kwartaalcontrole de volgende groepen:
 - bestaande gediagnosticeerde patiënten;
 - de niet-gediagnosticeerde risicogroep bestaande uit volwassenen met een gestoorde GTT, zwangerschapsdiabetes in het verleden, BMI hoger dan 27, diabetes in de familie en van Hindoestaanse afkomst boven de 35 jaar.
- **POH stuurt consultaanvraagformulier via zorgmail naar diëtist.**
- **POH koppelt terug aan HA.**

Verwijzingsactiviteiten Diëtist

- **Voorkeursmoment voor terugverwijzing van diëtist naar POH/HA**
 - Doelstellingen niet haalbaar mbv diëtistische interventies;
 - Patiënt laat zich niet behandelen;
 - Doelstellingen gehaald.
- **Diëtist neemt contact met cliënt op om een afspraak te maken.**
- **Diëtist koppelt terug aan POH binnen 2 weken via zorgmail op de volgende momenten:**
 - na het eerste consult;
 - tussentijds, na volmaken van de 4 uur;
 - bij de vervolgverwijsbrief;
 - bij de afronding van de behandeling.

Bijlage 4 Het diëtistisch behandelprotocol

Stap 1 – lifestyle (dieet en lichaamsbeweging)

Onderwerp	Huisarts POH	Diëtist	opmerkingen
1 algemeen			Zie Zorroo protocol “diabetes Mellitus lifestyle” ⁱ
Verwijzing diëtist	X		Zie Zorroo verwijsprotocol
2 Educatiepunten			POH en Diëtist middels individueel consult patiënt en evt. partner
Diabetes Mellitus algemeen	X		Uitleg DM, ziekte, symptomen, streefwaarden
Diabetes mellitus relatie voeding		X	
Voeding algemeen	X		Richtlijnen Goede Voeding
Voeding specifiek • Koolhydraten (KH) • Vet • Vezels • Alcohol • Zout • Vitaminen en mineralen • medicatie		X	Uitleg relatie met bloedglucosewaarden, bloedlipiden en hypertensie. Daarnaast aandacht voor soort KH, verdeling KH, soort vet, hyperglykemie en bijzondere situaties.
Bewegen	X		Invloed beweging op DIABETES
Antropometrisch gegevens (BMI, Tailleomvang)	X		Relatie antropometrische gegevens – DIABETES
Overgewicht/verhoogde tailleomvang		X	
Roken	X		Relatie roken en gezondheid
Stoppen met roken en gewichtstoename		X	
3 Vaststellen doel behandeling		X	Verbeteren bloedglucosewaarden, bloedlipiden en hypertensie en daarmee het uitstellen en/of voorkomen van diabetes-gerelateerde medicatie en het voorkomen van complicaties op korte en lange termijn
Opstellen behandelplan na eerste consult		X	Keuze behandeldoel, aandacht voor co-morbiditeit, contra-indicaties, gedragsverandering en kwaliteit van leven. Geïndividualiseerd advies. Frequentie vervolgconsulten bij diëtist afhankelijk van diëtistische diagnose. <i>Terugkoppeling diëtist naar POH/HA (1^{ste} rapportage aan verwijzer)</i>
4 Vervolgconsulten		X	Evalueren behandelplan
5 Aanpassen behandelplan		X	

Stap 2 behandeling met metformine of SU-derivaat (monotherapie)

Onderwerp	Huisarts/ POH	Diëtist	opmerkingen
1 algemeen			Zie Zorroo protocol “Diabetes Mellitus behandeling met metformine (monotherapie)” ¹
Diagnose behandeling	X		POH heeft signaalfunctie
2 educatiepunten			POH en Diëtist middels individueel consult patiënt en evt. partner
Diabetes Mellitus	X		Uitleg DM, ziekte, symptomen, streefwaarden
Diabetes Mellitus relatie voeding		X	
Voeding algemeen	X		Richtlijnen Goede Voeding
Voeding specifiek • Koolhydraten (KH) • Vet • Vezels • Alcohol • Zout • Vitaminen en mineralen • Medicatie		X	Uitleg relatie met bloedglucosewaarden, bloedlipiden en hypertensie Daarnaast aandacht voor soort KH, verdeling KH, soort vet, hyperglykemie, hypoglykemie en bijzondere situaties
Sport en bewegen	X	X	Invloed beweging op diabetes
Orale medicatie	X	X	Invloed medicatie op bloedglucosewaarden, hypoglykemie
Antropometrische gegevens	X		Relatie antropometrische gegevens – diabetes
Overgewicht/verhoogde tailleomvang		X	
Roken en rookgeschiedenis	X		Relatie roken en gezondheid
Stoppen met roken en gewichtstoename		X	
3 Vaststellen doel behandeling		X	Verbeteren bloedglucosewaarden bloedlipiden en hypertensie en daarmee het uitstellen/voorkomen van meer diabetes-gerelateerde medicatie en het voorkomen van complicaties op korte en lange termijn
Opstellen behandelplan		X	Keuze behandelplan, aandacht voor co-morbiditeit, contra-indicaties, gedragsverandering en kwaliteit van leven Geïndividualiseerd advies. Frequentie vervolgsconsulten bij diëtist afhankelijk van diëtistische diagnose. <i>Terugkoppeling diëtist naar POH/HA (1^{ste} rapportage aan verwijzer)</i>
4 Vervolgconsulten		X	Evalueren behandelplan
5 Aanpassen behandelplan		X	

Stap 3 – orale combinatietherapie

Onderwerp	Huisarts /POH	Diëtist	opmerkingen
1 algemeen			Zie Zorroo protocol “Diabetes Mellitus behandeling met orale combinatietherapie” ¹
Verwijzing diëtist	X		POH heeft signaalfunctie
2 educatiepunten			POH en Diëtist middels individueel consult patiënt en evt. partner
Diabetes Mellitus	X		Uitleg DM, ziekte, symptomen, streefwaarden
Diabetes mellitus relatie voeding		X	
Voeding algemeen	X		Richtlijnen Goede
Voeding specifiek • Koolhydraten (KH) • Vet • Vezels • Alcohol • Zout • Vitaminen en mineralen • medicatie		X	Uitleg relatie met bloedglucosewaarden, bloedlipiden en hypertensie Daarnaast aandacht voor soort KH, hoeveelheid KH in voedingsmiddelen, verdeling KH, soort vet, hyperglykemie, hypoglykemie en bijzondere situaties Bij maximale dosis en mogelijkheid tot zelfcontrole: rol KH tot hypo en hyperglykemie
Sport en bewegen	X	X	Invloed beweging op DIABETES
Orale medicatie	X	X	Invloed medicatie op bloedglucosewaarden, hypoglykemie
Antropometrische gegevens	X		Relatie antropometrische gegevens – DIABETES
Overgewicht/verhoogde tailleomvang		X	
Roken en rookgeschiedenis	X		Relatie roken en gezondheid
Omgaan met chronische ziekte	X		
3 Vaststellen doel behandeling		X	Verbeteren bloedglucosewaarden bloedlipiden en hypertensie en daarmee het uitstellen/voorkomen van meer DIABETES-gerelateerde medicatie en het voorkomen van complicaties op korte en lange termijn
Opstellen behandelplan		X	Keuze behandelplan, aandacht voor co-morbiditeit, contra-indicaties, gedragsverandering en kwaliteit van leven Geïndividualiseerd advies. Frequentie vervolgschillen bij diëtist afhankelijk van diëtistische diagnose. <i>Terugkoppeling diëtist naar POH/HA (1^{ste} rapportage aan verwijzer)</i>
4 Vervolgschillen		X	Evalueren behandelplan
5 Aanpassen behandelplan	X	X	

Stap 4 insuline therapie

Onderwerp	Huisarts/P OH	Diëtist	opmerkingen
1 algemeen			Zie Zorroo delegatie protocol insuline-therapie ¹
Verwijzing diëtist	X		Zie Zorroo verwijsprotocol
2 educatiepunten			POH en Diëtist middels individueel consult patiënt en evt. partner
Diabetes Mellitus	X		Uitleg DM, ziekte, symptomen, streefwaarden
Diabetes mellitus relatie voeding		X	
Voeding specifiek • Koolhydraten (KH) • Vet • Vezels • Alcohol • Zout • Vitaminen en mineralen • Medicatie		X	Uitleg relatie met bloed-glucosewaarden, bloedlipiden en hypertensie Daarnaast aandacht voor soort KH, hoeveelheid KH in voedingsmiddelen, verdeling KH, soort vet, hyperglykemie en bijzondere situaties
Sport en bewegen	X		Invloed beweging op bloedglucosewaarden
Orale medicatie	X	X	Invloed medicatie op bloedglucosewaarden, hypoglykemie
Antropometrische gegevens	X		Relatie antropometrische gegevens – DIABETES
Overgewicht/verhoogde tailleomvang		X	
Roken en rookgeschiedenis	X		Relatie roken en gezondheid
Omgaan met chronische ziekte	X		
Doel behandeling DM	X	X	Verbeteren bloedglucosewaarden hypertensie en bloedlipiden en daarmee het voorkomen van complicaties op langere termijn
Complicaties	X	X	Zie hierboven
Zelfcontrole, dagcurve, streefwaarden, medicatie	X		relatie koolhydraten- insuline- bloedglucosewaarden
Zelfregulatie insuline en KH dmv dagcurve met eetdagboek		X	Alleen bij 4 maal daags insuline therapie
Bijzondere omstandigheden • Vakantie • Sport • Medicatie • Alcohol • uitslapen	X	X	POH behandelt de punten algemeen en de diëtist voedingsgerelateerd. Aandacht voor het variëren kortwerkende insuline en koolhydraten in de voeding.
3 Vaststellen doel behandeling		X	Verbeteren bloedglucosewaarden bloedlipiden en hypertensie en daarmee het uitstellen/voorkomen van meer DIABETES-gerelateerde medicatie en het voorkomen van complicaties op korte en lange termijn
Opstellen behandelplan		X	Keuze behandeldoel, aandacht voor co-morbiditeit, contra-indicaties, gedragsverandering en kwaliteit van leven Geïndividualiseerd advies. Frequentie vervolgsconsulten bij diëtist afhankelijk van diëtistische diagnose. <i>Terugkoppeling diëtist naar POH/HA (1^{ste} rapportage aan verwijzer)</i>
4 Vervolgsconsulten		X	Evalueren behandelplan
5 Aanpassen behandelplan		X	

ⁱ Betreft protocol zorggroep Zorroo, niet Medicom-protocol