

ZORGPROGRAMMA DIABETES MELLITUS TYPE 2



Betrokken

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand en/of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Versie	Datum	Door
1.0	September 2011	Joris van Grafhorst, huisarts, en anderen
1.1	December 2014	Joris van Grafhorst, huisarts, en anderen
2.0	Juni 2022	Programmagroep DM

ZORGPROGRAMMA DIABETES MELLITUS TYPE 2

De kern

Diabetes Mellitus type 2, in het verleden ook wel ouderdomsdiabetes genoemd, is een chronische progressieve stofwisselingsziekte waarbij de glucoseregulatie is ontregeld door insulineresistentie en/of uitputting van de insuline-producerende cellen in de alvleesklier. Overgewicht en onvoldoende lichaamsbeweging spelen, naast genetische aanleg, een belangrijke rol in het tekortschieten van de insulineproductie en het ontstaan van DM2.

De laatste 15 jaar is de 1^e lijnszorg voor patiënten met DM2 ingericht door de huisartsenorganisaties als ketenzorg. In Haaksbergen wordt het THOON¹ programma gevolgd, met de POH-somatiek als de belangrijkste regievoerder voor mensen met DM2. De afspraken in het THOON programma komen voort uit de in 2021 aangepaste [NHG-richtlijn](#) diabetes mellitus type 2.

Binnen de samenwerking in de 1^e lijn in Haaksbergen, richten we ons op multidisciplinaire zorg dicht bij de patiënt. Het zorgprogramma bevordert een optimaal geïntegreerd beleid voor begeleiding, educatie, controle en therapie van patiënten met DM2 in Haaksbergen met als doel:

Voor de patiënt

- Het bewerkstelligen van de meest effectieve preventieve en curatieve therapie.
- Zorg dichtbij; zorgen dat niet complexe zorg voor patiënten met DM2 zo veel mogelijk in de eerste lijn in Haaksbergen kan plaatsvinden en alleen complexe zorg in de tweede lijn.
- Het krijgen van persoonsgerichte, op maat gerichte zorg.
- Het voorkomen van progressie van de ziekte door het adequaat monitoren en het aanbieden van een multidisciplinaire leefstijlbenadering.
- Beperken van de ziektelast.
- Verbetering van de kwaliteit van leven, ervaren gezondheid.

Voor de zorgverlener

- Het leveren van behapbare zorg voor de toekomst, goede samenwerking, etc.
- Toekomstbestendige 1^e lijns DM zorg te kunnen blijven leveren.
- Goede multidisciplinaire samenwerking rondom zorg voor diabetespatiënten.
- Meer werkplezier door deze aanpak.

Op populatieniveau

- Goede kwaliteit van zorg; vanuit patiëntperspectief en gezondheidszorgperspectief.
- Juiste inzet van mensen (tijd), geld en middelen
 - Goede ervaring van zorg door patiënt, patiënttevredenheid.
 - Het adequaat monitoren van de patiënt om goed uitkomsten te bewerkstelligen
 - Voorkomen van toename zorgkosten door het vroegtijdig signaleren en interventie bij patiënten met DM2.

¹<https://www.thoon.org/>



Pijlers behandeling

1. Diagnose, behandeling en begeleiding

De diagnostiek, behandeling en begeleiding van patiënten met diabetes mellitus type 2 binnen de huisartsenpraktijk heeft als doel complicaties, zoals hart- en vaatziekten, nefro-, retino- en neuropathie, te voorkomen of te vertragen en kwaliteit van leven te optimaliseren. De aandoening wordt voornamelijk vastgesteld en behandeld in de eerste lijn. In 2018 wordt tussen 82%² in de eerste lijn behandeld/gemonitord. Momenteel is tussen 6% en 11%³ van deze patiënten (mede) in de tweede lijn behandeld. Dit aandeel is afgelopen, mede door de goede ketenzorg.

2. Persoonsgerichte zorg

Persoonsgerichte zorg middel om de juiste zorg te verlenen bij een chronische aandoening zoals DM2. Niet alle patiënten hebben dezelfde zorg nodig op hetzelfde moment.

Belangrijke aspecten hiervan zijn:

- Individueel zorgplan:
 - o Samen opgestelde persoonsgebonden- en gezondheids-doelen.
 - o Maatwerk in interventies en afstemming controlefrequentie.
- Eigen regie voor de patiënt, waar wenselijk en mogelijk.
- Ondersteuning zelfmanagement en gezond gedrag.

Een individueel zorgplan, persoonlijk maatwerk, ondersteuning zelfmanagement gezondheidstoestand is een belangrijk onderdeel van gegeven zorg door Praktijkondersteuners huisartsenzorg (POH).

3. Multidisciplinaire behandeling

De samenwerkende disciplines in EZH, betrokken bij de zorg aan mensen met DM2, hanteren de volgende standaarden:

- [NHG standaard Diabeteszorg beleid](#) eind 2021
- Protocolaire zorg DM2 regionale huisartsenzorg Thoon 2022
- [Standaard Chronische nierschade](#) (CNS) 2018
- [Multidisciplinaire richtlijn Chronische Nierschade](#) (CNS) 2018
- [Richtlijn KNGF](#)
- [Richtlijnen - Diabetes Mellitus - NTVD](#) 2020
- [KNMP-richtlijn Diabetes — KNMP.nl](#) 2019

Doelgroep

De prevalentie in Nederland was in 2019 ongeveer 1.028.700 mensen met gediagnosticeerde DM2, dit is gemiddeld 4 %. In Haaksbergen is dit onderzocht in 2018⁴ op basis van Vektiscijfers. Hierin werd duidelijk dat in 2018 4.3% van de bij de huisartspraktijk ingeschreven verzekerden zorg vanuit de ketenzorg Diabetes ontvangen. Voor Haaksbergen zijn dit ongeveer 1045 inwoners.

² <https://www.eerstelijnszorghaaksbergen.nl/dashboard>

³ <https://ineen.nl/wp-content/uploads/2021/06/Benchmark-Transparante-Ketenzorg-2020.pdf>

⁴ <https://www.eerstelijnszorghaaksbergen.nl/dashboard>



In de leeftijdsgroep 40-70 jaar komt diabetes meer bij mannen voor dan bij vrouwen. In de groep 75 jaar en ouder komt diabetes meer bij vrouwen voor. Diabetes mellitus type 2 heeft een hogere prevalentie onder mensen met een lagere sociaaleconomische status⁵.

- **Inclusiecriteria Zorgprogramma**
 - Patiënten >18 jaar met DM2, die met dieet, orale therapie, subcutane GLP-1 therapie of insulinetherapie behandeld worden,
 - Patiënten >18 jaar met DM2 met zwangerschap(-swens).
- **Exclusiecriteria Zorgprogramma**
 - Patiënten met DM2 met complicaties die 2e lijnszorg nodig hebben,
 - Patiënten met DM2 met een externe subcutane insulinepomp.

Bij patiënten die bij de tweedelijns in behandeling zijn en voldoen aan de inclusiecriteria, wordt de specialist verzocht (in overleg met patiënt) de patiënt terug te verwijzen naar de eerste lijn.

Behandeling

Doel van de behandeling is het voorkomen en behandelen van klachten en complicaties, zoals (toename van) hart- en vaatziekten, chronische nierschade, retino- en neuropathie. Daarnaast door educatie en leefstijladviezen voorkomen progressie van de ziekte, co morbiditeit en overgewicht. Overkoepelende doelen zijn hierbij het optimaliseren van de kwaliteit van leven van de patiënt, verbeteren van de ervaren gezondheid en goede zorg tegen lage kosten. De huisarts stelt in overleg met de patiënt het behandelbeleid vast. Bij de behandeling van DM2 worden twee verschillende parameters gebruikt om de kwaliteit van de behandeling te evalueren, namelijk de bloedglucosewaarden en het HbA1c. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de streefwaarden volgens meest actuele NHG standaard diabetes mellitus type 2⁶. Op gebied van medicatie zijn, voor niet-kwetsbare DM-patiënten met een levensverwachting > 5 jaar en eGFR > 10 ml/min/1,73 m² met zeer hoog risico op HVZ en/of CNS, recent aanpassingen doorgevoerd tijdens het FTO (overleg apothekers/huisartsen) in Haaksbergen.

Werkwijze

In het zorgprogramma stelt de huisarts de diagnose. In veruit de meeste gevallen wordt nog geen medicamenteus behandeling opgestart. Het beleid is om eerst minimaal 3 maanden leefstijlinterventies toe te passen. Enkel bij uitzonderlijke wordt bij hoge bloedsuikerwaarden direct medicatie gestart.

De voorlichting en leefstijl etc. wordt door de POH opgepakt. De zorg wordt gegeven volgens laatste NHG standaard en werkprotocollen van huisartsenorganisatie THOON. In dit protocol is de inhoud van de identificatiefase, het behandeltraject en de follow up beschreven.

⁵ <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/diabetes-mellitus-type-2#volledige-tekst-richtlijnen-beleid>

⁶ <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/diabetes-mellitus-type-2>



Screenen

Alle disciplines in Haaksbergen dragen zorg voor goede signalering van mogelijke DM2 door alert te zijn bij patiënten die:

- 45 jaar of ouder: met DM2 in naaste familie, hoge bloeddruk, hart en vaatzieken, BMI >27
- Vrouwen die zwangerschapsdiabetes hebben doorgemaakt
- Turkse of Marokkaanse afkomst,
- Hindoestaanse of Afro-Surinaamse afkomst,
- Of patiënten die een van de volgende klachten heeft:
 - Dorst, veel drinken/plassen, vermageren, jeuk aan de genitaliën, recidiverende (schimmel)infecties, visusstoornissen en neurogene stoornissen/pijnklachten.

Mocht er verdenking op diabetes zijn dan wordt patiënt doorverwezen naar huisarts.

Generieke zorg

Individueel zorgplan

Een individueel zorgplan (IZP) gaat primair uit van de vraag van de patiënt. Een individueel zorgplan legt alle onderdelen vast die van belang zijn in de behandeling. Ook de verantwoordelijkheden van de verschillende hulpverleners worden in dit plan vastgelegd. Het zorgplan helpt de patiënt inzicht te krijgen in het ziekteproces, de zelfzorg te versterken en het stimuleert tot het vervullen van een sleutelrol in het monitoren van het verloop van het ziekteproces.

Een individueel zorgplan dat aansluit bij het zorgprogramma bestaat uit de volgende elementen en doelen voor de patiënt:

- Wat wil de patiënt bereiken, Wanneer voelt patiënt zich gezond en gelukkig
- Wat is daarvoor nodig;
- Hoe gaat de patiënt dit doen; zelf gesteld, realistisch en behapbaar plan en hoe dit te bereiken.
- Zijn er hulpmiddelen nodig en zo ja welke;
- Is er ondersteuning nodig en zo ja welke en van wie;
- Hoe controleert de patiënt of zijn/haar doel is bereikt;
- Wanneer wil de patiënt zijn/haar doel bereikt hebben;
- Welke afspraken zijn er gemaakt met behandelaars.

De praktijkondersteuner ondersteunt de patiënt bij het bedenken van strategieën om de doelen te realiseren, het vol te houden en weerstand leren bieden aan frustraties. Het IZP is een belangrijk instrument om de mate én de voortgang van zelfmanagement te monitoren. De POH begeleidt de patiënt bij het gebruik van het IZP.



Specifieke zorg

Stoppen Met Roken

Iemand met diabetes type 2 is vaak al te zwaar en heeft een verhoogd cholesterolgehalte en een verhoogde bloeddruk. Hierdoor vergroot de kans op hart- en vaatziekten. Daarnaast leidt roken tot grotere schommelingen van de bloedsuikerspiegel. Ook doet roken de gevoeligheid voor insuline afnemen.

Daarom is het van groot belang dat alle hulpverleners tenminste eenmalig een stopadvies geven aan elke nieuwe patiënt die blijft roken. Alle zorgverleners kunnen hierin rol spelen; het is van belang is dat we zelfde boodschap en zelfde formulier/ informatie uitdelen.

Volgende stappen worden hiervoor gezet.

1. Serieus gemotiveerde patiënten wordt begeleiding door de praktijkondersteuner geboden.
2. Alle rokers met stoppen met roken motivatie worden verwezen naar Sinefuma. Mensen melden zichzelf aan. Mensen worden deels digitaal begeleidt. Als ze een terugval hebben kunnen ze weer contact opnemen met coach.
3. De apotheker kan als gewenst advies geven over medicamenteuze middelen die het stoppen met roken kunnen ondersteunen. Nicotinepleisters kunnen ook bij apotheek verkregen worden in kader van stoppen met roken, eventuele vergoeding is afhankelijk van het verzekeringspakket van de patiënt.
4. POH Ggz, Tactus is beschikbaar voor complexe problematiek, zoals roken in combinatie met andere problematiek of andere verslaving.

Voeding en dieet

Bij DM2 is voeding/dieet een belangrijk component van de behandeling, DM heeft gevolgen voor de koolhydraat- en vetstofwisseling. Een goede voedingsanamnese, inclusief voedingsadvies, door de praktijkondersteuner wordt afgenomen. Om koolhydraat- en vetstofwisseling zo veel mogelijk te normaliseren is een gezond voedingspatroon van groot belang, waarbij rekening gehouden moet worden met de leefwijze van de patiënt. Een diëtist kan een rol spelen bij de begeleiding van de gedragsverandering om het gewenste doel te bereiken. Voor nadere uitwerking van de voedingsrichtlijnen bij DM wordt verwezen naar de Voedingsrichtlijnen bij diabetes van de Nederlandse Diabetes Federatie⁷.

Bewegen

Mensen met DM2 kunnen hun ziektebeeld verbeteren door kracht en duurtraining. Er wordt, waar mogelijk tot het niveau van de beweegnormen, gestreefd naar het ontwikkelen en in stand houden van een actieve leefstijl en het verhogen van de fitheid. Inspanningsvermogen en spierfunctie zijn immers gerelateerd aan morbiditeit, medische consumptie en mortaliteit (secundaire preventie). Ondersteuning door de fysiotherapeut⁸ is met name bedoeld voor patiënten die het niet lukt zelfstandig een actieve leefstijl te ontwikkelen en/of te onderhouden. Juist ten aanzien van deze doelgroep is een belangrijke taak weggelegd voor zorgverleners die een programma op maat kunnen opstellen.

Zie voor meer informatieschema in bijlage.

⁷ <https://zorgstandaarddiabetes.nl/type-2/>

⁸ [Richtlijn KNGF](#)



Farmaceutische zorg en medische hulpmiddelen

Patiënten met diabetes zijn vaak hun hele leven aangewezen op het gebruik van meerdere geneesmiddelen. Goed geneesmiddelengebruik en therapietrouw is cruciaal: het juiste geneesmiddel moet op het juiste moment op de juiste wijze worden gebruikt en dit moet volgehouden worden. Het is van belang dat een centrale zorgverlener het medicatiegebruik van de patiënt begeleidt en bewaakt.

De apotheker is bij uitstek de zorgverlener in het totale zorgproces om overzicht te houden over de totale medicatie, het gebruik te controleren en te beïnvloeden en voorlichting te geven aan de patiënt en de betrokken hulpverleners. Binnen het farmacotherapieoverleg (FTO) maken huisartsen en apothekers afspraken over het voorschrijven van medicatie in Haaksbergen met als doel het geneesmiddelengebruik te rationaliseren.

Wijkverpleging

Bij onvoldoende mogelijkheden tot zelfzorg(-management) wijkverpleging Voorwaarde: de patiënt neemt deel aan het zorgprogramma en ontvangt verpleging/verzorging van een thuiszorgorganisatie.

Consultatie expert 2^e lijn

Bij vragen zijn er korte lijnen tussen POH-s en diabetesverpleegkundige in het ziekenhuis.

Monitoren zorgprogramma

- **Indicatoren**

Het zorgprogramma wordt op uitkomsten en aantallen door THOON gemonitord.

De procesafspraken worden eenmaal per jaar geëvalueerd door programmagroep.

- **Deskundigheidsbevordering**

Elke beroepsgroep draagt verantwoordelijkheid voor eigen deskundigheidsbevordering gekoppeld aan dit zorgprogramma



Samenwerkingsafspraken

- **Werkwijze**

Alle disciplines met expertise in de Diabetes zorg zijn te vinden op [Zoekwzorg/diabetes](#).

Thema's die multidisciplinair opgepakt worden zijn; Leefstijl, Lichamelijke activiteit/ Lichaamsbeweging. Hiervoor wordt verwezen naar specifiek zorg of modules, uitgewerkt op website [EZH](#) zoals:

- **Leefstijl; Gezond leven**

Informatie gericht op de burgers van Haaksbergen over items van de leefstijlroer; voeding, beweging, zingeving, slaap, ontspanning, sociaal.



- **Wandelprogramma**

Het wandelprogramma stimuleert patiënten die (te) weinig bewegen, en een duwtje in de rug nodig hebben, om meer te bewegen en daarmee op de langere termijn het verloop van de risico's en/of de aandoening positief te beïnvloeden. Het wandelprogramma start bij een huisartsenpraktijk onder leiding van een 1^e lijns zorgverlener.

- **GLI/ Slimmer**

SLIMMER is gecombineerde leefstijlinterventie. Een programma om werken aan een betere gezondheid. Gezonder eten, meer bewegen en leren hoe het vol te houden. Het programma is er voor mensen met overgewicht (>25) en een matig tot sterk verhoogd gezondheidsrisico (klik op de button voor een stroomschema) die en steuntje in de rug nodig hebben voor een gezonde leefstijl.

De multidisciplinaire samenwerking in Haaksbergen heeft meerwaarde op gebied van Preventie en Leefstijl. Op deze thema's is de EZH-partner van de gemeente Haaksbergen vanwege het [Sportakkoord](#).

Er zijn veel activiteiten in Haaksbergen beschikbaar. Hiervoor kan de [informatiewijzer \(bewegen\)](#) worden geraadpleegd.

- **Samenwerking afspraken Zorgschakel/ tweede lijn**

Er zijn meerdere [Regionale Transmurale Afspraak \(RTA\)](#) rondom de samenwerking tussen medisch specialisten (cardiologen, internisten en huisartsen) voor de behandeling van patiënten met diabetes mellitus type 2 (DM2).

Rollen en verantwoordelijkheden

Bij geen spoed wordt schriftelijk overlegd via zorgmail en/of ZorgDomein Patiënten overleg
Bij spoed wordt gebruik gemaakt van de nummers die te vinden zijn in [Zoekwzorg](#).

1 BIJLAGE MODULES IN DE KETENZORG

Module	Inhoud zorg	Ketenpartner
1	DM2 patiënt 1e jaar	Huisarts
2	DM2 patiënt follow-up	Huisarts
3	Voetzorg	Podotherapeut
4	Stoppen met roken	Huisarts
5	Fundusfoto	SHO
6	Voeding	Diëtist

Podotherapeut (VOLGT)

Diëtist

Verwijzing naar de diëtist

Direct na het stellen van de diagnose ongeacht het gewicht(sverloop) of bij afwijkende laboratoriumuitslagen: hart- en vaatziekten, hypertensie, afwijkend lipidenspectrum of bij wijzigingen in de diabetesmedicatie (soort, dosis, toedieningsvorm) of wijzigingen in persoonlijke situatie (leef-/werkomsstandigheden), wanneer de patiënt optimaal effect wil behalen met zelfcontrole of als om welke reden ook de diabetes is ontregeld. (artsenwijzer diëtetik)

Doelstelling:

het optimaliseren van de glucoseregulatie
het verlagen van cardiovasculaire risicofactoren
het bereiken en/of behouden van een gezond gewicht
het voorkomen van complicaties
het bevorderen van de algehele gezondheid

Verwijsprocedure:

Verwijzing via het KOS, waar zorgverleners toegevoegd aan het zorgteam alle relevante informatie betreft patiënt kan inzien en waarin geregistreerd kan worden.

De vergoeding van de diëtiste vindt plaats op basis van de vergoeding Ketenzorg DM.

Daarnaast kan de verzekerde tot 4 uur dieetadvies per jaar vergoed krijgen, 4-8 consulten op het spreekuur of als de cliënt niet in staat om op het spreekuur te verschijnen dan kan ook een huisbezoek worden afgelegd, dit gaat in overleg met de diëtist.

- patiënten kunnen traject krijgen, max 1/2 jaar volgens richtlijn
- direct toegankelijkheid. Dit biedt meer mogelijkheden in aantal consulten voor voedingsadvies.

Terugkoppeling:

Begin- en eindrapportage naar de huisarts via het ketensysteem.

We hebben de [NDF richtlijn](#) als leidraad.



2 BIJLAGE ZORGMODULE SLIMMER/GLI

SLIMMER is gecombineerde leefstijlinterventie. Een programma om werken aan een betere gezondheid. Gezonder eten, meer bewegen en leren hoe het vol te houden. Het programma is er voor mensen met overgewicht (>25) en een matig tot sterk verhoogd gezondheidsrisico (klik op de button voor een stroomschema) die en steuntje in de rug nodig hebben voor een gezonde leefstijl.

Wat houdt meedoen in?

- 2 jaar begeleiding van een diëtist en een fysiotherapeut.
- Het eerste half jaar vindt wekelijkse begeleiding plaats. Daarna 18 maanden begeleiding voor de leefstijlcoach om de gezonde leefstijl vol te houden.
- Individuele en groepsbegeleiding

De diëtist

- 3 tot 6 keer. De diëtist geeft een advies om gezonder te eten dat past bij uw persoonlijke omstandigheden.
- Ook is er aandacht voor andere zaken die passen bij een gezonde leefstijl, zoals gezond slapen en het verminderen van stress.

De fysiotherapeut

- Gedurende 6 maanden werkelijk een groepsles. Het begint rustig en bouwt het geleidelijk op. Dit wordt ingesteld op wensen en mogelijkheden.
- Na zes maanden wordt de buurtsportcoach van de gemeente betrokken. Zij begeleidt naar een passende beweegactiviteiten in de buurt.

De leefstijlcoach (diëtiste of fysiotherapeut)

- Om te ondersteunen bij het volhouden van meer bewegen en gezond eten zijn er twee afspraken met de leefstijlcoach: in maand 9 en maand 12.
- In het tweede jaar zijn 5 afspraken met de leefstijlcoach.



