

RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE-EN INVALIDITEITSVERZEKERING
Openbare instelling opgericht bij de wet van 9 augustus 1963
Tervurenlaan 211 - 1150 Brussel

Dienst Geneeskundige Verzorging

NATIONALE COMMISSIE GENEESHEREN-ZIEKENFONDSEN

Nota NCGZ n° 2009/21 bijlage 5

Brussel, 2 maart 2009

ZORGPLAN DIABETES TYPE 2

De NCGZ meent dat

- Het zorgtraject een schematische en theoretische beschrijving is van de standaardzorg van een patiënt die aan een bepaalde aandoening lijdt. Het traject coördineert de handelingen van actoren die tot verschillende disciplines behoren en die het eens zijn geworden over een gepaste verdeling van de taken.
- Het individuele opvolgingsplan wordt opgesteld en gecoördineerd door de huisarts. De specialist ondersteunt de huisarts en stuurt zo nodig bij.
- De patiënt duidelijk moet worden meegedeeld dat hij/zij is opgenomen in een individueel opvolgingsplan.

1. OPVOLGINGSPLAN

BALANS

Cardiovasculaire risicofactoren

Leeftijd, persoonlijke en familiale cerebro-cardiovasculaire voorgeschiedenis, tabakgebruik, AHT, dyslipidemie, microalbuminurie.

Andere risicofactoren

Abdominale obesitas of obesitas, sedentariteit, overdreven alcoholgebruik, psychosociale aspecten.

Onderzoek naar complicaties en aangepaste klinische onderzoeken.

Nier, oog, voet, perifeer zenuwstelsel, cardiovasculair stelsel.

DOELSTELLINGEN VAN HET INDIVIDUELE OPVOLGINGSPLAN

1. Begrijpen van de ziekte en van de geplande zorgbegeleiding:
Educatie en informatie van de patiënt, met hulp van diëtisten, gespecialiseerde verpleegster en/of referentie verpleegster en met de nodige documenten.
2. Motivering van de patiënt en verwerving van de steun van zijn omgeving.
3. Wijziging van de levensstijl
 - Indien sedentariteit: fysieke activiteit aanmoedigen
 - Indien tabakgebruik: rookstop
 - Indien ongezonde voeding: gezonde aanpassingen doorvoeren
 - Indien abdominale obesitas en/of obesitas: gewichtsreductie stimuleren
4. Follow-up en behandeling, eventueel farmacologisch, waarbij de therapiedoelen van de 'Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering diabetes mellitus type 2' (CEBAM 2005/02) als leidraad worden genomen
 - van de glycemie (HBA1c <7)
 - van de lipiden (LDL-cholesterol < 100 mg/dl of zelfs <70 mg/dl indien majeure cardio-vasculaire risico): statines tenzij tegenindicatie
 - van de bloeddruk (<130/80 mm Hg, <125/75mm Hg bij proteïnurie > 1g/dag)
 - van het risico op trombose: mini-aspirine tenzij tegenindicaties
 - van het overgewicht: -5 tot 10 % tijdens het eerste jaar
 - van de tabakverslaving: rookstop
 - van de infecties
 - levensstijlmaatregelen: zie hierboven

De therapiedoelen worden getoetst en individueel aangepast.

5. Vaccinaties (griep en pneumokokken)
6. Biologische controles
 - Driemaandelijks
 - HbA1c
 - Jaarlijks of frequenter indien nodig:
 - Lipidenbalans
 - Microalbuminurie
 - Creatininemie
 - Creatinineklaring een keer per jaar
7. Jaarlijkse screening op diabetescomplicaties:
 - anamnese: klachten van ischemisch hartlijden, neuropatische of ischemische pijnen in onderste ledematen, seksuele stoornissen, ...
 - klinisch onderzoek van de voeten: inspectie, nagaan van perifere pulsaties, testen van de gevoeligheid (monofilament of stemvork)
 - microalbuminurie
 - creatinine, creatinineklaring
 - oogfundusonderzoek door oogarts

2. DATA: EVALUATIE, COMMUNICATIE

Evaluatie

De NCGZ beveelt aan dat:

1. De huisarts die het zorgtraject DMT2 coördineert, over geautomatiseerde instrumenten beschikt die in het elektronische medische dossier zijn geïntegreerd.
2. De overheid, op basis van het project IKED (Initiatief voor Kwaliteitsbevordering en Epidemiologie bij Diabetes), de uitwerking van een toepassing financiert die ervoor zal zorgen dat de doelstellingen van het zorgplan zorgtraject kunnen worden ondersteund en opgevolgd.
3. De volgende gegevens moeten jaarlijks worden overgemaakt aan een trusted third party (TTP) i.v.m. de wetenschappelijke analyse en de kwaliteitsopvolging van het zorgtraject:
 - BMI
 - Bloeddruk
 - HbA1c
 - LDL- cholesterol

3. PARTNERSCHAP TUSSEN HUISARTSEN EN SPECIALIST EN TEAM WORKING

Met betrekking tot het zorgtraject DM2 beveelt de NCGZ de volgende houding en takenverdeling aan tussen de huisarts (HA) enerzijds en de endocrino-diabetoloog (SPE) verbonden aan een geconventioneerd diabetescentrum anderzijds:

Dit voorstel houdt rekening met de huidige situatie op het terrein en sluit niet uit dat deze taakverdeling, in functie van de evolutie, zal worden herzien.

- Er wordt een individueel werkplan opgesteld met een behandelingsstrategie en therapiedoelen wat betreft aanpassing levensstijl, glycemieregeling, cardiovasculaire aanpak, en screening naar en opvolging van complicaties.
- De huisarts stelt het opvolgingsplan op, dat de endocrinoloog-diabetoloog kan bijvullen. Ze houden rekening met de suggesties van andere betrokken zorgverleners (verpleegkundige, diëtist, ...).
- De huisarts ziet de patiënt minstens 4 x /jaar op consultatie
- Bij complicaties of wanneer de therapiedoelen niet bereikt worden, overlegt de huisarts met de endocrinoloog-diabetoloog.

Zie schema hieronder.

TOPIC	Inbreng HA	Inbreng SPE
INDIVIDUELE BEGELEIDING van de diabetespatiënt	Coördinator van de zorgverlening <ul style="list-style-type: none"> - beheer van basisdossier, GMD en diabetespas - continue en brede zorg van patiënt - duidt samen met patiënt een SPE aan die het individuele zorgtraject ondersteunt - doorverwijzing indien nodig 	Ondersteunend aandoeningsdeskundige <ul style="list-style-type: none"> - op vraag van huisarts - consult eenmaal bij opstart zorgtraject 4 en 3a, behalve indien voldoende lokale omkadering - jaarlijks consult bij zorgtraject 3a behalve indien alle therapeutische streefdoelen bereikt blijven - vlot bereikbaar <u>via onderling afgesproken kanalen</u>: per mail, brief, telefoon
Ziektespecifieke VORMING	Actieve participatie <ul style="list-style-type: none"> - volgen van bijscholing door SPE - deelname aan peer review rond diabetes 	Actief aanbod <ul style="list-style-type: none"> - als opleider: navorming geven, recente inzichten vertalen tot haalbare implementatie - als coach van de individuele HA en de regionale HA-groep - als promotor van regionale uniformiteit in diabeteszorg
Onderlinge COMMUNICATIE	Opmaken van verslag voor SPE <ul style="list-style-type: none"> - bij inclusie van patiënt - bij verwijzing voor jaarlijkse "grote controle" bij SPE - bij iedere noodzakelijke tussentijdse controle bij SPE 	Opmaken van verslag voor HA <ul style="list-style-type: none"> - bij aanbeveling voor werkplan na inclusie - bij opmaak bilan van jaarlijkse "grote controle" door SPE - bij iedere vraag om advies over patiënt door de HA
Evaluatie van de samenwerking	Rechtstreekse contact met SPE <ul style="list-style-type: none"> - via afgesproken kanalen - met inbegrip van moderne technieken 	Rechtstreekse contact met HA <ul style="list-style-type: none"> - via afgesproken kanalen - met inbegrip van moderne technieken
Regelmatige onderlinge evaluatie (van de communicatie en van de follow-up van de patiënten) met het oog op de continue verbetering van de samenwerking.		

BEGELEIDENDE NOTA : aanbeveling

De Nationale Commissie Geneesheren Ziekenfondsen beveelt aan dat

1. Men in coördinerende loco regionale structuren in de regio, bij voorkeur extra ondersteuning van bestaande structuren investeert, waar ook andere zorgverleners uit de eerste lijn bij betrokken zijn; De Kring de aangewezen partner in dergelijke structuur om te overleggen met de tweede lijn.

2. **Het zorgtraject snel op het hele terrein van de DMT2 uitgebreid wordt, vanaf het ogenblik dat diabetes *lege artis* is vastgesteld. Een zorgtraject vastleggen rond patiënten van groep 4 en 3a kan alleen maar een opstart zijn naar een volledig programma:**
 - omdat de diagnose van diabetes de diagnose is van een levenslange ziekte, die iedere patiënt op een persoonlijke manier in zijn leven zal moeten integreren. De huisarts ziet zich als de persoonlijke medische coach bij uitstek.
 - omdat de opvang van de vroege stadia het hele verloop en de snelheid van de evolutie en de hierbij betrokken kosten van verwickelingen in belangrijke mate zal bepalen: inzicht, acceptatie, aanpassingen van de levensdoelen en aanpassingen van de levensstijl zijn processen die niet in een éénmalig educatiemoment worden overgebracht.

In de toekomst dient de eerste lijn regionaal de ondersteuning te krijgen die het mogelijk maakt om goede zorg te leveren. Een belangrijk aspect hierbij is dat patiënten ook binnen de eerste lijn terecht kunnen voor educatie en zelfzorgmateriaal. De concrete realisatie van deze ondersteuning dient verder uitgewerkt.

3. **Dat de huisarts zijn coördinerende opdracht in deze DMT2 zorg waarmaakt in samenwerking met andere medische en paramedische disciplines in de regio die overleg moeten kunnen plegen.**