

# Implementatie van het diabetes-jaargesprek

Guy Rutten, Heidi van Vugt, Inge de Weerd, Eelco de Koning

**Inleiding** Steeds breder wordt erkend dat een persoonsgerichte aanpak en gedeelde besluitvorming onontbeerlijk zijn in de diabeteszorg. De Nederlandse Diabetes Federatie ontwikkelde een model voor een diabetes-jaargesprek ter vervanging van de jaarcontrole, wij onderzochten de toepassing, bruikbaarheid en toegevoegde waarde.

**Methode** In Nederlandse huisartsenpraktijken en ziekenhuizen rekruteerden we zorgverleners en patiënten met diabetes type 1 en type 2. De zorgverleners kregen twee gesprekst rainingen van elk twee uur. Patiënten en zorgverleners vulden bij ieder gesprek vragenlijsten in, biomedische gegevens haalden we uit de dossiers. We vergeleken de antwoorden van patiënten in de eerste en de tweede lijn, en analyseerden verschillen tussen gesprekken die gevoerd werden door een arts dan wel een praktijkondersteuner of diabetesverpleegkundige.

**Resultaten** Onder de deelnemers waren 57 huisartsen, 23 praktijkondersteuners, 17 internisten, 8 diabetesverpleegkundigen en 1366 patiënten met diabetes type 2. De meeste gesprekken (72%) duurden korter dan 25 minuten. Zorgverleners vonden het diabetes-jaargesprek goed toepasbaar [artsen iets minder vaak dan praktijkondersteuners en diabetesverpleegkundigen]. Acht op de tien gesprekken mondden uit in een gezamenlijke beslissing, in negen op de tien gesprekken kwamen persoonsgebonden factoren aan de orde, vier op de tien patiënten voelden zich meer dan voorheen betrokken bij behandelbeslissingen en de helft van de patiënten vond het gesprek prettiger dan voorheen.

**Conclusie** Het gespreksmodel is goed toepasbaar. Uit de gesprekken blijkt dat persoonsgebonden factoren grote invloed hebben op persoonlijke doelen en daarmee op de behandeling van diabetes. Een korte training volstaat en het is dus goed mogelijk het model snel op nationale schaal te implementeren.

## INLEIDING

Bij de behandeling van diabetes mellitus verschuift het accent van ziektemanagement naar persoonsgerichte zorg, wat betekent dat de zorgverlener rekening houdt met de *distress* – de dagelijkse zorgen over de ziekte –, de depressieve gevoelens en de eventuele cognitieve achteruitgang van de patiënt.<sup>1</sup> Bij diabetes staat zelfmanagement centraal, en de kwaliteit daarvan hangt af van de wijze waarop patiënten tegen hun ziekte aankijken (ziekteperceptie), van hun vertrouwen in eigen kunnen, van hun wensen en voorkeuren, en van de steun van een partner, de financiële mogelijkheden en de dagelijkse gebeurtenissen.<sup>2</sup> Daarom zijn een persoonsgerichte aanpak en gedeelde besluitvorming onontbeerlijk in de diabeteszorg.<sup>3,4</sup> Om dit te faciliteren ontwikkelde de Nederlandse Diabetes Federatie een gespreksmodel voor huisartsen, internisten, praktijkondersteuners en diabetesverpleegkundigen (zie [Het diabetes-jaargesprek: vier stappen] en de [figuur]).<sup>5</sup>

In dit nieuwe gespreksmodel vraagt de zorgverlener aan het begin van het gesprek niet alleen naar factoren die met de ziekte samenhangen, zoals klachten, regulering en medicatie,

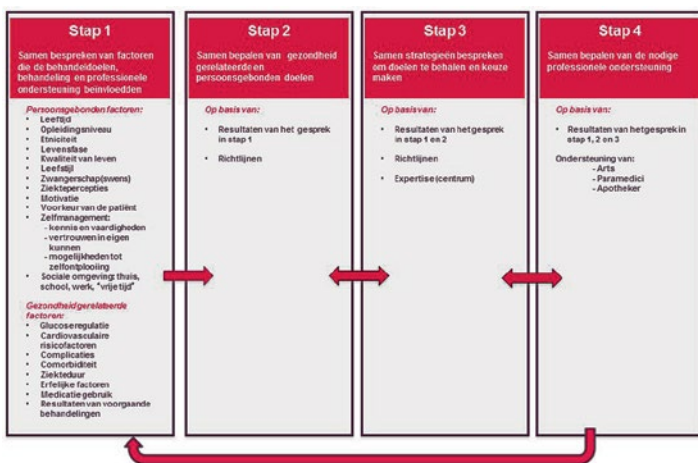
maar ook – en dat is het grote verschil met de ‘jaarcontrole’ – naar persoonsgebonden factoren zoals kwaliteit van leven, kennis van diabetes, ziektepercepties, vaardigheden om met de ziekte om te gaan, steun van de partner en steun uit de sociale omgeving. Een lijstje met onderwerpen die belangrijk zijn bij diabeteszelfmanagement fungeert als geheugensteun voor deze gespreksfase. In de fasen daarna komen de behandel doelen en -mogelijkheden aan de orde met hun voor- en nadelen, waarna deze gezamenlijk worden vastgesteld en wordt bepaald welke professionele ondersteuning het komende jaar nodig is.

Wij onderzochten hoe zorgverleners dit gespreksmodel toepassen, of zij het bruikbaar vinden en welke toegevoegde waarde het model heeft voor patiënten.

## METHODE

### Onderzoeksopzet

Vanaf november 2015 benaderden we artsen, praktijkondersteuners en diabetesverpleegkundigen in huisartsen-



**Figuur**

Het diabetes-jaargesprek, een nieuw model voor patiëntgerichte diabeteszorg

praktijken en ziekenhuizen door heel Nederland. De deelnemers kregen twee trainingen van twee uur elk, waarin ze in groepen van tien tot veertien de toepassing van het gespreksmodel oefenden, onder andere met rollenspellen. Na de eerste training konden zij enkele weken in de praktijk oefenen, waarna ze in de tweede training ervaringen konden uitwisselen.

## Een lijstje onderwerpen fungeert als geheugensteun voor een persoonsgericht jaargesprek

De inclusiecriteria voor patiënten waren dat ze diabetes type 1 of type 2 hadden, ouder waren dan 18 jaar en de Nederlandse taal voldoende machtig waren (dit artikel gaat alleen over patiënten met diabetes type 2). Ongeveer een maand voor de diabetes-jaarcontrole stuurden we potentiële deelnemers een brief met uitleg over het nieuwe gespreksmodel. Degenen die toestemden, adviseerden we het gesprek voor te bereiden aan de hand van vier door ons geformuleerde vragen. Voorafgaand aan het gesprek vulden de patiënten vragenlijsten in over hun achtergrondkenmerken, hun diabetes en comorbiditeit. Ook beantwoordden ze de *Patient Activation Measure* (PAM), een vragenlijst die in kaart brengt of iemand voldoende kennis en vaardigheden heeft voor zelfmanagement, en voldoende vertrouwen om die ook toe te passen in de dagelijkse omgang met de ziekte.<sup>6</sup>

Na afloop van het gesprek beantwoordden de patiënten elf vragen, vijf over gedeelde besluitvorming, drie over hun tevredenheid met het consult en drie over het 'zorgplan' voor het komend jaar. De zorgverleners beantwoordden na afloop van ieder gesprek online een serie vragen over toepassing

en bruikbaarheid van het model, gedeelde besluitvorming en de rol van de patiënt. Als ze aangaven dat het model niet toepasbaar was, vroegen we hen dat te beargumenteren. Ten slotte werd hen gevraagd welke drie factoren bij de patiënt in kwestie de meeste invloed hadden op de gekozen behandoelsten en zorg.

Uit het medisch dossier van de patiënten haalden we gegevens over HbA1c, bloeddruk, vetspectrum en BMI.

### Statistische analyse

We analyseerden de PAM volgens de geldende regels; voor de overige vragenlijsten groepeerden we de antwoorden tot twee of drie categorieën.<sup>7</sup> De redenen die zorgverleners aanvoerden waarom ze het model niet konden toepassen, groepeerden we en telden we op. We vergeleken de antwoorden van de huisartspatiënten met die van de ziekenhuispatiënten en analyseerden ook de verschillen tussen gesprekken gevoerd door een arts en gesprekken gevoerd door een praktijkondersteuner of diabetesverpleegkundige.

Met multivariabele binaire logistische regressie bepaalden we onafhankelijke verschillen tussen patiëntcategorieën, rekening houdend met achtergrondkenmerken van patiënten.

### RESULTATEN

Het gespreksmodel werd geïmplementeerd in 47 huisartsenpraktijken (57 huisartsen, 23 praktijkondersteuners) en 6 ziekenhuizen (17 internisten, 8 diabetesverpleegkundigen), verspreid over het land. Van de huisartsenpraktijken waren er 25 (53%) een groepspraktijk en 19 (41%) een duopraktijk. Van de 6 ziekenhuizen waren er 2 academisch.

We nodigden 2617 patiënten uit die diabetes type 1 of type 2 hadden, van wie er 1487 (56,8%) deelnamen aan het onderzoek. Van de 1366 (91,9%) deelnemers met diabetes type 2 tot wie we dit verslag beperken, werden er 1200 (87,8%) behandeld in de eerste lijn en 166 (12,2%) in de tweede lijn; 895 (65,5%) voerden het gesprek met een huisarts of internist, 471 (34,5%) met een praktijkondersteuner of diabetesverpleeg-

#### HET DIABETES-JAARGESPREK: VIER STAPPEN

- Bespreek naast ziektegebonden factoren ook de persoonsgebonden factoren die bepalen hoe iemands zelfmanagement gestalte krijgt. Welke zaken besproken worden, hangt mede af van wat voor de patiënt op dat moment belangrijk is.
- Bepaal op basis van zowel de ziekte- als de persoonsgebonden factoren de doelstellingen voor komend jaar.
- Bespreek welke behandeling en begeleiding daarbij passen. Wat vindt de patiënt daarvan? Moeten doelen worden bijgesteld?
- Als doelen en behandeling vaststaan, wat betekent dat dan voor de behandeling en begeleiding komend jaar?

## Tabel

Beoordeling van het jaargesprek door zorgverleners en patiënten in de diverse settings

Setting → ↓ Oordeel	Totaal (n = 1366)	Eerste lijn (n = 1200)	Tweede lijn (n = 166)	Met arts (n = 895)	Met poh of dvk (n = 471)
<b>Beoordeling door zorgverlener</b>					
duur < 25 minuten	72,0%	72,8%	65,5%	80,4%	<b>56,9%<sup>†</sup></b>
gespreksmodel grotendeels of volledig toepasbaar	72,4%	72,3%	73,1%	68,5%	<b>79,3%<sup>†</sup></b>
grotendeels of volledig inzicht verkregen in persoonsgebonden factoren	88,8%	89,2%	85,5%	86,6%	<b>92,6%<sup>†</sup></b>
grotendeels of volledig gezamenlijk besluit genomen over behandeldoelen	79,8%	80,1%	77,2%	79,8%	79,8%
gezamenlijk besluit genomen over behandeling en professionele ondersteuning	82,5%	82,5%	82,8%	81,5%	84,4%
<b>Beoordeling door patiënten</b>					
consult voorbereid aan de hand van de vier vragen	74,0%	74,6%	69,8%	73,5%	75,0%
voldoende geïnformeerd over de behandelkeuzes	92,4%	93,1%	87,3%*	91,7%	93,7%
voldoende geïnformeerd over de voor- en nadelen	86,0%	86,0%	86,0%	86,0%	86,2%
gezamenlijk besluit genomen over de behandeldoelen	94,4%	94,5%	94,1%	94,6%	94,0%
meer dan voorheen betrokken bij de beslissing over de behandeling	41,1%	40,7%	44,0%	45,1%	<b>33,6%<sup>†</sup></b>
de behandelkeuze voor volgend jaar is goed tot uitstekend	96,4%	96,2%	98,0%	96,3%	96,6%
het gesprek was prettiger dan voorheen	46,0%	46,0%	46,0%	52,5%	<b>33,7%<sup>†</sup></b>
gemiddelde gesprekscore op een schaal van 1 (heel onprettig) tot 10 (heel prettig)	8,6	8,6	8,5	8,6	8,5

poh = praktijkondersteuner; dvk = diabetesverpleegkundige. De percentages hebben betrekking op het aantal respondenten dat de vraag beantwoordde. Deze aantallen verschillen per vraag, zie de oorspronkelijke publicatie.<sup>8</sup>

\* Significant verschil tussen huisartsenpraktijken en ziekenhuizen ( $p < 0,05$ ).

† Significant verschil tussen patiënten die het gesprek voerden met een arts dan wel een praktijkondersteuner c.q. diabetesverpleegkundige ( $p < 0,05$ ).

kundige. De leeftijd van de deelnemers week niet af van die van de patiënten die niet deelnamen; wel telden de deelnemers significant minder vrouwen dan de niet-deelnemers (42,9 versus 49,9%;  $p = 0,001$ ).

De 1366 deelnemers waren gemiddeld 65,8 jaar oud, 76,5% was gehuwd, 20,9% was hoogopgeleid, 28,8% had een betaalde baan. Patiënten die in de eerste lijn behandeld werden, waren relatief ouder en minder lang bekend met diabetes (mediaan 8 versus 18 jaar;  $p < 0,001$ ). Hun diabetes was beter ingesteld (mediaan HbA1c 51 versus 61 mmol/mol;  $p < 0,001$ ), hun bloeddruk was lager (gemiddeld 136/78 versus 141/78 mmHg;  $p = 0,001$ ) en ze hadden minder overgewicht (mediane BMI 29,3 versus 30,7;  $p = 0,001$ ). De gemiddelde PAM-score voor alle deelnemers was 60,1 op een schaal van 0 tot 100.

De [tabel] laat zien hoe de deelnemers het jaargesprek volgens de nieuwe werkwijze beoordeelden. De meeste gesprekken (72%) duurden korter dan 25 minuten; dat gold vaker voor gesprekken met de arts dan voor gesprekken met de praktijkondersteuner of diabetesverpleegkundige. De zorgverleners vonden het gespreksmodel minder goed toepasbaar als het gesprek zich concentreerde op één of twee klachten, vragen of levensgebeurtenissen, of wanneer de patiënt helemaal geen problemen had met de diabetes. In negen van de tien gevallen hielp het model de zorgverlener om inzicht te krijgen in persoonsgebonden factoren, iets vaker bij praktijkondersteuners en diabetesverpleegkundigen dan bij artsen (92,6 versus 86,6%;  $p = 0,004$ ). Acht op de tien gesprekken mondden uit in een gezamenlijke beslissing over de behandeldoelen, de behandeling en de benodigde zorg. Die beslissingen werden volgens de zorgverleners het sterkst beïnvloed door de voor-

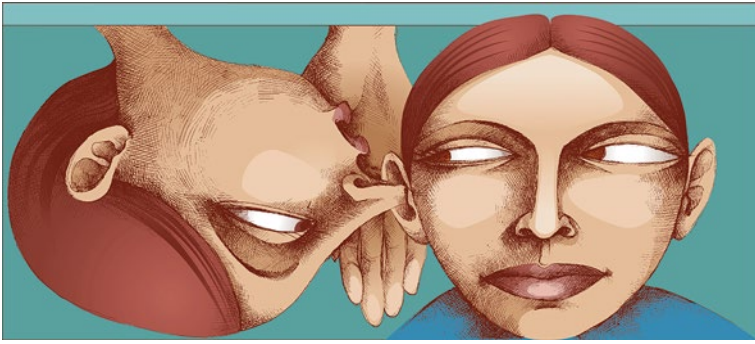
keuren en motivatie van de patiënt, het HbA1c, het niveau van zelfmanagement en de leefstijl en kwaliteit van leven van de patiënt.

### WAT IS NIEUW?

- De Nederlandse Diabetes Federatie ontwikkelde een model voor een diabetes-jaargesprek waarin patiënt en zorgverlener samen vaststellen welke behandeling en ondersteuning nodig zijn.
- Het diabetes-jaargesprek blijkt goed toepasbaar in de eerste en tweede lijn; patiënten ervaren het gesprek vaak als prettiger dan de eerdere jaarcontrole.
- Persoonsgebonden factoren hebben veel invloed op de doelen, de behandelkeuze en de zorginzet.
- Het diabetes-jaargesprek is relatief makkelijk en snel te implementeren.

### WAT IS BEKEND?

- Het zelfmanagement van patiënten met diabetes is afhankelijk van persoonsgebonden factoren: hoe men tegen de ziekte aankijkt, vertrouwen in eigen kunnen, wensen en voorkeuren, steun van een partner, financiële mogelijkheden en dagelijkse gebeurtenissen.
- De huidige jaarcontroles bij diabetes beperken zich tot HbA1c, bloeddruk, vetspectrum en BMI, en houden te weinig rekening met persoonsgebonden factoren.
- Het belang van persoonsgerichte diabeteszorg wordt internationaal steeds meer erkend.



Het diabetes-jaargesprek is goed toepasbaar.

Foto: gettyimages

Bijna driekwart van de patiënten bereidde naar eigen zeggen het gesprek voor. Patiënten uit de eerste lijn rapporteerden vaker dat ze voldoende geïnformeerd waren over de behandel mogelijkheden (93,1 versus 87,3%;  $p < 0,001$ ). Bijna alle patiënten meldden dat de zorgverlener hen betrok bij het vaststellen van de behandel doelen. Vier op de tien patiënten voelden zich (veel) meer dan voorheen betrokken bij de behandel beslissingen; die verandering kwam vaker voor in gesprekken met artsen dan in gesprekken met praktijkondersteuners of diabetesverpleegkundigen (45,1 versus 33,6%;  $p < 0,001$ ). Ditzelfde patroon zien we terug in het antwoord op de vraag of het gesprek prettiger was dan voorheen. De patiënten gaven aan het gesprek gemiddeld een 'score' van 8,6 uit 10.

## Tweemaal twee uur training is voldoende

De kans dat men zich betrokken voelde bij het vaststellen van de behandeling was kleiner voor patiënten die spraken met een praktijkondersteuner of diabetesverpleegkundige (OR 0,62;  $p < 0,001$ ), die een gemiddelde of hogere opleiding hadden (OR 0,52 respectievelijk 0,44; beide  $p < 0,001$ ), of die de Kaukasische etniciteit hadden (OR 0,57;  $p = 0,022$ ). Deze drie subgroepen vonden ook minder vaak dat het gesprek prettiger was dan voorheen. Bij toename van de leeftijd nam de kans toe dat mensen zich meer betrokken voelden bij de behandeling (OR 1,01;  $p = 0,047$ ).

### BESCHOUWING

Het diabetes-jaargesprek blijkt goed toepasbaar in zowel de eerste als de tweede lijn. Bijna de helft van de deelnemende patiënten ervoer het gesprek als (veel) prettiger dan de voorgaande jaarcontrole. Patiënten gaven onder andere aan dat er meer ruimte was voor 'de mens met diabetes' en voor aspecten die zij belangrijk vinden, zij werden meer dan voorheen in het beleid betrokken en voelden zich meer begrepen. Zorgverleners achtten het model niet in alle situaties toepasbaar, maar wij willen benadrukken dat het gespreksmodel ook in zulke situaties zinvol kan zijn. Het is goed mogelijk dat een patiënt die een levensgebeurtenis heeft doorgemaakt er behoefte aan

heeft de ziekte in de context van die gebeurtenis te plaatsen. En ook mensen die geen probleem hebben met hun diabetes, kunnen dat over een jaar wel hebben.

Gezien de wijze waarop artsen over het algemeen gewend zijn consulten te voeren, betekent het nieuwe gespreksmodel voor hen waarschijnlijk een grotere aanpassing dan voor praktijkondersteuners en verpleegkundigen.<sup>9</sup> Ons onderzoek laat echter zien dat persoonsgebonden factoren sterk bijdragen aan de keuze van de behandeling en onderstreept de noodzaak deze factoren goed te bespreken.

Het gespreksmodel dat wij onderzochten vergt slechts een korte training en is op nationale schaal goed te implementeren. Onze onderzoekspopulatie was representatief voor zowel zorgverleners als patiënten; de respons bij patiënten was 57%, wat vergelijkbaar is met ander onderzoek.<sup>10,11</sup> Dat betekent niet dat niet-deelnemers per se geen prijs stellen op een diabetes-jaargesprek. Het is bekend dat diabetespatiënten in Nederland zeer verschillen in hun voorkeuren voor de frequentie van diabetescontroles en voor het aantal tabletten dat zij slikken.<sup>12,13</sup> Als die voorkeuren onbesproken blijven, ligt het voor de hand dat mensen zonder aankondiging wegblijven bij controles of hun tabletten niet slikken. De diabeteszorg zou waarschijnlijk doelmatiger worden als men deze zaken wel ter sprake brengt. Moeten huisartsenpraktijken er dus toe overgaan het persoonsgerichte diabetes-jaargesprek in te voeren? Wij denken van wel. Niet om het praktijkgemiddelde voor HbA1c of bloeddruk te verbeteren, maar wel om zicht te krijgen op de oorzaak van een hoog HbA1c, om te horen hoe mensen hun diabetes ervaren en om ziektepercepties waar nodig bij te stellen, kortom: om mensen te steunen bij hun zelfmanagement. Die implementatie hoeft niet te wachten op de follow-up van het eerste jaargesprek, die wij momenteel analyseren. Het invoeren van het diabetes-jaargesprek kost de huisarts of praktijkondersteuner hooguit vier uur training en driekwart van de gesprekken duurt niet langer dan de thans gebruikelijke jaarcontroles.

### CONCLUSIE

Diabeteszorg die de mogelijkheden en wensen van diabetespatiënten respecteert blijkt prima in praktijk te brengen. Omvorming van de diabetes-jaarcontrole tot een diabetes-jaargesprek vergroot de betrokkenheid van de patiënt en zorgt voor daadwerkelijk gedeelde besluitvorming. Huisartsen en praktijkondersteuners hebben maar een korte training nodig en de meeste patiënten met diabetes type 2 waarderen de nieuwe, persoonsgerichte aanpak. Het is dus goed mogelijk het model snel op nationale schaal te implementeren. ■

### LITERATUUR

1. Marrero DG, Ard J, Delamater AM, Peragallo-Dittko V, Mayer-Davis EJ, Nwankwo R, et al. Twenty-first century behavioral medicine: a context for empowering clinicians and patients with diabetes. *Diabetes Care* 2013;36:463-70.
2. Powers MA, Bardsley J, Cypress M, Duker P, Funnell MM, Fischl AH, et al. Diabetes self-management education and support in type 2 diabetes: a joint position statement of the American

- Diabetes Association, the American Association of Diabetes Educators, and the Academy of Nutrition and Dietetics. *Diabetes Educ* 2017;43:40-53.
3. Rodriguez-Gutierrez R, Gionfriddo MR, Ospina NS, Maraka S, Tamhane S, Montori VM, et al. Shared decision making in endocrinology: present and future directions. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2016;4:706-16.
  4. Young-Hyman D, De Groot M, Hill-Briggs F, Gonzalez JS, Hood K, Peyrot M, et al. Psychosocial care for people with diabetes: a position statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care* 2016;39:2126-40.
  5. Rutten GE, Van Vugt HA, de Weerd I, Lamberts SW, de Koning EJ, et al. Van jaarcontrole naar jaargesprek. *Ned Tijdschr Geneesk* 2016;160:D342.
  6. Hibbard JH, Mahoney E, Stockard J, Tusler M. Development and testing of a short form of the Patient Activation Measure (PAM). *Health Serv Res* 2005;4:1918-30.
  7. Insignia Health. Patient Activation Measure (PAM) 13 license materials. Portland, OR: Insignia Health, 2016.
  8. Van Vugt HA, Rutten GEHM, De Weerd I, De Koning E. Implementation of a structured diabetes consultation model to facilitate a person-centered approach: results from a nationwide study. *Diabetes Care* 2018 Jan 23 [Epub ahead of print]
  9. Collins S. Explanations in consultations: the combined effectiveness of doctors' and nurses' communication with patients. *Med Educ* 2005;39:785-96.
  10. Galea S, Tracy M. Participation rates in epidemiologic studies. *Ann Epidemiol* 2007;17:643-53.
  11. Bos-Touwen I, Schuurmans M, Monninkhof EM, Korpershoek Y, Spruit-Bentvelzen L, Ertugrul-Van der Graaf I, et al. Patient and disease characteristics associated with activation for self-management in patients with diabetes, chronic obstructive pulmonary disease, chronic heart failure and chronic renal disease: a cross sectional survey study. *Plos One* 2015; 10:e0126400.
  12. Wermeling PR, Janssen J, Gorter KJ, Beulens JWJ, Rutten GE. Satisfaction of well-controlled type 2 diabetes patients with three-monthly and six-monthly monitoring. *BMC Fam Pract* 2013;14:107.
  13. Gorter KJ, Tuytel GH, De Leeuw JRJ, Bensing JM, Rutten GE. Opinions of patients with type 2 diabetes about responsibility, setting targets and willingness to take medication. A cross-sectional survey. *Patient Educ Couns* 2011;84:56-61.

Rutten GE, Van Vugt HA, De Weerd I, de Koning E. Implementatie van het diabetes-jaargesprek. *Huisarts Wet* 2018;61(4):DOI: 10.1007/s12445-018-0086-3.

UMC Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns geneeskunde: prof. dr. G.E.H.M. Rutten, hoogleraar Diabetologie in de eerste lijn; dr. H.A. van Vugt, onderzoeker (tevens Nederlandse Diabetes Federatie), h.vanvugt@diabetesfederatie.nl. Nederlandse Diabetes Federatie, Amersfoort: dr. I de Weerd, voormalig directeur NDF. LUMC, afdeling Interne geneeskunde: prof. dr. E de Koning, hoogleraar Diabetologie. De twee eerstgenoemde auteurs droegen in gelijke mate bij aan dit artikel.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is een verkorte bewerking van: Van Vugt HA, Rutten GEHM, De Weerd I, De Koning E. American Diabetes Association. Implementation of a structured diabetes consultation model to facilitate a person-centered approach: results from a nationwide study. *Diabetes Care* 2018 Jan 23 [Epub ahead of print]. Copyright and all rights reserved. Material from this publication has been used with the permission of American Diabetes Association.