

Betrokkenheid huisartsen bij diabeteszorg in de regio Apeldoorn

Leen Berghout, Rykel van Bruggen, Anneloes Kerksen

Diabeteszorg wordt steeds persoonsgerichter en gezien de kennis van de context van de patiënt kan de huisarts daar een belangrijke rol bij spelen. Niet alle huisartsen zijn echter van mening dat ze bij de diabeteszorg betrokken moeten zijn en laten die zorg dan ook liever over aan hun praktijkondersteuner (POH). Tijdgebrek en de toenemende inzet van de POH maken dat een deel van de huisartsen ook steeds minder deskundigheid en praktische kennis heeft over diabeteszorg. Die trend kan worden gekeerd door het gespreksmodel voor het diabetesjaargesprek van de Nederlandse Diabetes Federatie toe te passen.

In het kader van een continue en geprotocolleerde chronische zorg hebben huisartsen de diabeteszorg grotendeels gedelegeerd aan praktijkondersteuners (POH's).¹⁻⁵ Het structureren van de diabeteszorg leidt tot verbeteringen in het zorgproces, waarbij taakdelegatie aan POH's ten minste een even goede diabeteszorg oplevert als die door huisartsen wordt geleverd.⁴⁻⁸ De ervaring en het kennisniveau van huisartsen komen in het geding als ze zich grotendeels aan de diabeteszorg onttrekken.^{1,6} Een belangrijke ontwikkeling in de diabeteszorg is de verschuiving naar meer persoonsgerichte zorg en meer aandacht voor gedeelde besluitvorming.⁹⁻¹³ Persoonsgerichte zorg richt zich onder andere op de voorkeuren en wensen van de patiënt, de ervaren kwaliteit van leven en sociale facto-

ren. Huisartsen spelen hierbij een belangrijke rol, omdat ze de context van de patiënt kennen en zicht hebben op complexe comorbiditeit en polyfarmacie.¹⁴⁻¹⁷ Persoonsgerichte zorg vraagt van POH's dat ze naast de medische aspecten aandacht hebben voor persoonlijke doelen en actieplannen. Samen met huisartsen zullen ze moeten nadenken over een gezamenlijke taakopvatting bij de gedeelde besluitvorming met hun patiënten.^{18,19} Voldoende betrokkenheid van huisartsen bij de diabeteszorg lijkt dan ook essentieel voor de kwaliteit van het zorgproces. Om de introductie van persoonsgerichte zorg en gedeelde besluitvorming te bevorderen zijn diverse gespreksmodellen ontwikkeld, zoals het GG/ZZ-gespreksmodel, het 4Domeinen Model, het Spinnenweb Positieve Gezondheid en het gespreksmodel van de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF). Het NDF-gespreksmodel is een specifiek 'zorg op maat'-model voor het diabetesjaargesprek, en is goed toepasbaar en gemakkelijk te implementeren.^{20,21} Wij onderzochten in hoeverre huisartsen in onze zorggroep bij de diabeteszorg zijn betrokken en of ze bereid zijn om het 'zorg op maat'-model van de NDF te gaan gebruiken.

METHODE

We vroegen 134 praktijkhoudende huisartsen, allen aangesloten bij de zorggroep Huisartsenzorg Regio Apeldoorn, om deel te nemen. Deze huisartsen hebben in totaal 9827 patiënten met diabetes mellitus type 2 op hun naam ingeschreven, van wie 91% (n = 8923) daadwerkelijk in de eerste lijn wordt behandeld. Het merendeel van hen ontvangt ketenzorg (95%; n = 8450; gemiddeld 63 per huisarts). Tijdens de spiegelbijeenkomsten 2019 van de zorggroep kregen de aanwezige huisartsen informatie over het belang



Ongeveer tweederde van de voor dit onderzoek geselecteerde praktijkhoudende huisartsen is actief betrokken bij de diabeteszorg. Foto: Shutterstock

WAT IS BEKEND?

- Huisartsen zouden vanwege hun kennis van de context van de mens met diabetes een belangrijke rol kunnen spelen bij meer persoonsgerichte zorg.
- De Nederlandse Diabetes Federatie heeft een goed toepasbaar model voor het diabetesjaargesprek ontwikkeld, waarbij huisartsen persoonsgerichte zorg en gedeelde besluitvorming in de praktijk kunnen implementeren.

WAT IS NIEUW?

- Tweederde van de responderende, praktijkhoudende huisartsen in de regio Apeldoorn is actief betrokken bij de diabeteszorg.
- De diabeteszorg door de huisarts wordt belemmerd door tijdgebrek, te veel taakdelegatie aan de POH en afname van kennis en ervaring bij de huisarts.
- Een groot deel van de respondenten in dit onderzoek zegt bereid te zijn om het NDF-gespreksmodel voor het diabetesjaargesprek te gaan gebruiken.

van meer persoonsgerichte zorg en de rol die het gespreksmodel van de NDF hierbij kan spelen. Voor dit onderzoek hebben we een semigestructureerde vragenlijst ontwikkeld die niet in eerder onderzoek is gevalideerd. Na voltooiing vulden 2 ervaren huisartsen de lijst in, waarna we deze op basis van hun commentaar aanpasten. De uiteindelijke online vragenlijst (Google Forms), die uit 2 open en 12 meerkeuzevragen bestond, stuurden we in januari 2020 via e-mail naar de aan de zorggroep verbonden huisartsen. Na 3 en 6 weken stuurden we reminders. De huisartsen konden de vragenlijst zowel anoniem als met opgave van naam en e-mailadres invullen.

We combineerden de antwoorden op de vragen 6, 7, 8 en 10 tot een variabele die de actieve betrokkenheid van de huisarts bij de diabetesketenzorg uitdrukt. Het betreft de huisartsen die ten minste eenmaal per jaar zelf een diabetescontrole uitvoeren, structureel met hun POH overleggen en de spiegelbijeenkomst bijwoonden.

In de resultaten vermelden we telkens het aantal volledig ingevulde vragen. De resultaten geven we weer in percentages van het aantal huisartsen dat de vraag heeft beantwoord. Bij de beantwoording van de achterliggende motieven konden de huisartsen meerdere opties aangeven. We vermelden het percentage per motief (totaal meer dan 100% mogelijk).

Voor de statistische analyse gebruikten we SPSS, versie 26. Zo nodig toetsten we correlaties met de Spearmans rangordettest, weergegeven in een correlatiecoëfficiënt (CC) met significantie.

RESULTATEN

Van de 134 huisartsen vulden 64 (48%) de vragenlijst in, 34 deden dit anoniem [tabel]. Er zijn geen gegevens van de non-responders beschikbaar.

Bijna de helft van de respondenten is het (sterk) eens met de

stelling dat huisartsen een actieve rol moeten spelen bij de diabeteszorg en ongeveer tweederde voert reguliere diabetescontroles uit [infographic]. Zij geven de volgende redenen waarom ze een deel van de diabetescontroles zelf uitvoeren: 'Ik wil de zorg graag samen met mijn POH leveren' (54%), 'Ik wil graag persoonlijk contact houden met mijn diabetespatiënten' (52%), 'Ik wil graag op de hoogte blijven hoe het met mijn diabetespatiënten gaat' (50%) en 'Ik vind het belangrijk dat de huisarts hier een rol in speelt' (41%).

De huisartsen die geen reguliere diabetescontroles uitvoeren geven hiervoor als belangrijkste reden dat hun POH goede kennis op het gebied van diabetes heeft (81%). Daarnaast zeggen ze: 'Ik deleger chronische zorg zo veel mogelijk aan mijn POH' (50%) en 'Tijdgebrek om hier als huisarts een bijdrage te leveren' (31%). Geen enkele huisarts koos de optie 'Ik heb weinig affiniteit met diabetes type 2'.

De huisartsen ervaren tijdgebrek, personeelstekort en onvoldoende kennis als knelpunten bij de diabeteszorg. Opmerkelijk is in dit verband dat 8% van de ondervraagden meldt dat de POH meestal zonder voorafgaand overleg met de eigen huisarts een consultatie bij het diabetesadvisteam aanvraagt. Ook maakt bijna de helft van de respondenten zelden of nooit gebruik van het keteninformatiesysteem (KIS). Deze huisartsen vinden het vervelend om zowel in het huisartsinformatiesysteem (HIS) als in het KIS te registreren en laten de registratie van de controles aan de poh over. De huisartsen die wel geregeld gebruikmaken van het KIS doen dat omdat zij het een goed en overzichtelijk systeem vinden. Bovendien gebruiken ze het KIS om een consultatie bij het expertteam aan te vragen.

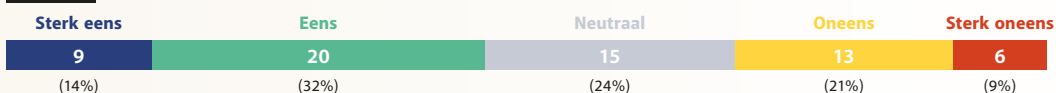
Ruim de helft van de respondenten is op de hoogte van het NDF-gespreksmodel; het merendeel vindt het (mogelijk) interessant om het in de praktijk te gaan gebruiken [infographic]. De redenen voor deze (mogelijke) interesse zijn (aflopend in aantal): 'Ik vind *shared decision making* belangrijk', 'Ik sta achter een meer persoonsgerichte benadering' en 'Ik wil de diabeteszorg in mijn praktijk verbeteren'. Van de huisartsen die mogelijk geïnteresseerd zijn, zou 32% eerst nadere informatie over het NDF-model willen krijgen. De huisartsen die dit geen interessant gespreksmodel vonden, zagen er de meerwaarde niet van in. Op de vraag wie het gespreksmodel na een positieve beslissing zou gaan inzetten wees 45% van de huisartsen naar de POH en huisarts samen. Van de ondervraagden beschouwt 43% de POH hiervoor als de aangewezen persoon. Als belangrijkste redenen voor het bijwonen van de spiegelbijeenkomsten van de zorggroep noemden de huisartsen: 'Ik vind het belangrijk om kennis en ervaring uit te wisselen waarmee de kwaliteit van zorg kan worden verbeterd' (80%), 'Ik vind het belangrijk om op de hoogte te blijven van nieuwe ontwikkelingen' (65%) en 'Ik vind het belangrijk om te discussiëren over de benchmarkcijfers' (50%). De huisartsen die de spiegelbijeenkomsten niet hadden bijgewoond, gaven in 50% van de gevallen verandering als reden aan; 8% vindt het voldoende als de poh naar de bijeenkomst gaat.

Bij de 4 meerkeuzevragen gaven de huisartsen respectievelijk 30, 16, 15 en 15 aanvullende antwoorden.

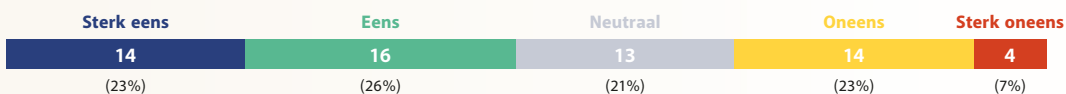
Betrokkenheid diabeteszorg en mening over NDF-gespreksmodel van deelnemende huisartsen uit de regio Apeldoorn

n = aantal huisartsen (%)

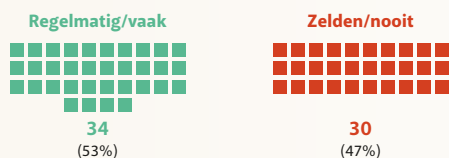
Stelling: De huisarts moet een **actieve rol** spelen bij diabeteszorg (totaal 63)



Stelling: E-health bij diabetes mellitus type 2-zorg is in de toekomst belangrijk (totaal 61)



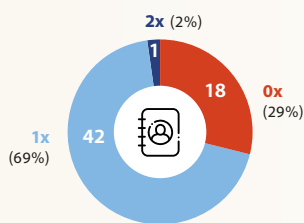
Gebruikmaken van het **KIS CareSharing** door huisarts (totaal 64)



Welke **knelpunten** in de diabetes mellitus type 2-zorg zijn er momenteel in uw praktijk? (totaal 64)



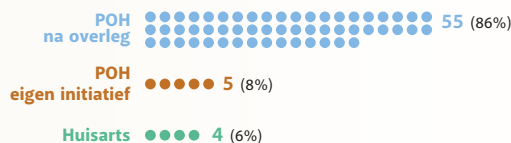
Aantal contacten per jaar met de huisarts voor diabetes mellitus type 2 (totaal 61)



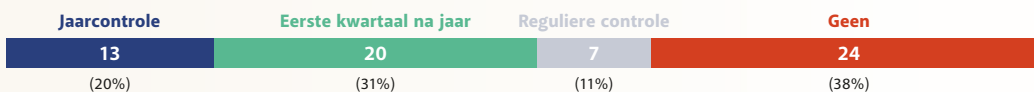
Hoe **overlegt** u met de POH? (totaal 64)



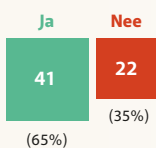
Consultatie DM2-adviesteam aangevraagd door (totaal 64)



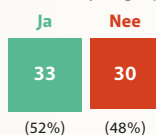
Welke **reguliere controles** voert u zelf uit? (totaal 64)



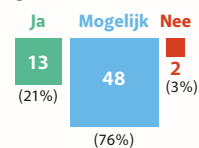
Spiegelbijeenkomst 2019 bijgewoond? (totaal 63)



Op de hoogte van het **NDF-gespreksmodel** voor een jaargesprek? (totaal 63)



Ik vind dit model **interessant** om te gaan gebruiken (totaal 63)



Door **wie** zou het model **ingezet** moeten worden? (totaal 62)



Tabel

Kenmerken van deelnemende huisartsen uit de regio Apeldoorn

n = aantal huisartsen (%)

Soort praktijk (n = 64)	Solo 14 (22%)	Duo 28 (44%)	HOED 14 (22%)	GOED/GZC 8 (12%)	TOTAAL 64 (100%)
Hoe lang als huisarts werkzaam (n = 64)	5-10 jaar 13 (20%)	< 5 jaar 2 (3%)	10-15 jaar 16 (25%)	> 15 jaar 33 (52%)	TOTAAL 64 (100%)
Aantal mensen met diabetes mellitus type 2 in ketenzorg (n = 54)	119 (gemiddeld bij 14 huisartsen)		143 (gemiddeld bij 40 huisartsen)		

Spearman's toetsing laat een positieve correlatie zien tussen de mening dat huisartsen een actieve rol moeten spelen bij de diabeteszorg, en zowel het zelf uitvoeren van diabetescontroles (CC = 0,343; p = 0,006) als de mening dat nieuwe e-health-toepassingen belangrijk zijn bij de diabeteszorg in de toekomst (CC = 0,401; p = 0,002). Er bestaat een positieve correlatie tussen de actief betrokken huisartsen en degenen die het NDF-gespreksmodel interessant vinden om te gaan gebruiken (CC = 0,363; p = 0,004). Er blijkt geen significante correlatie te bestaan tussen het bijwonen van de spiegelbijeenkomst en een positieve houding jegens het NDF-gespreksmodel (CC = -0,11; p = 0,930).

BESCHOUWING

Van de responderende huisartsen voert 62% een van de reguliere controles uit, wat meer is dan 2 eerdere onderzoeken aangeven (respectievelijk 49% en 29%).^{1,22} Tweederde van de respondenten toont ook actieve betrokkenheid door structureel overleg met de POH te voeren en spiegelbijeenkomsten van de zorggroep bij te wonen. Niet geheel onverwacht bestaat er een positieve correlatie tussen het belangrijk vinden van een actieve rol bij de diabeteszorg en respectievelijk het zelf uitvoeren van diabetescontroles en een positieve houding jegens nieuwe e-healthtoepassingen.

Aan de andere kant zijn er huisartsen die zelf geen controles uitvoeren en vinden dat zij geen actieve rol bij de diabeteszorg moeten spelen. Belemmerende factoren voor participatie van de huisarts aan de diabeteszorg passen bij de in de literatuur geschatte ontwikkelingen: door verdergaande taakdelegatie aan de POH en afname van het aantal huisarts-patiëntcontacten ontstaat het gevaar dat een deel van de huisartsen hun deskundigheid en praktische kennis op het gebied van diabetes verliest.^{1,6,16} Door afnemende interesse gaan deze huisartsen mogelijk ook minder scholing op dit gebied volgen, waardoor hun kennis verder afneemt.^{23,24} Toch ervaart ruim 40% van de

huisartsen in dit onderzoek geen knelpunten bij de diabeteszorg. Dit roept de vraag op in hoeverre een aantal huisartsen de lage betrokkenheid wel als een probleem ervaart.

Vrijwel alle respondenten vinden het gespreksmodel voor een diabetesjaargesprek (mogelijk) interessant genoeg om in hun praktijk te gaan gebruiken. Dit geldt vooral voor de groep actief betrokken huisartsen. Eenderde van de huisartsen heeft aanvullende informatie over het gepresenteerde zorgmodel nodig voordat ze tot introductie willen overgaan. Drieënveertig procent van hen geeft aan dat de POH de aangewezen persoon is om het NDF-jaargesprek te voeren. Het is hierbij de vraag of deze huisartsen voldoende op de hoogte zijn van de opzet van het model. Bij het jaargesprek nieuwe stijl wordt immers een belangrijke inbreng van de huisarts verwacht. Het lijkt dan ook zinvol een goede implementatiestrategie te ontwikkelen voor de trainingen, waarbij er voldoende aandacht moet zijn voor informatievoorziening over het NDF-gespreksmodel en uitvoerig wordt ingegaan op weerstanden en belemmerende factoren. Uitsluitend bij voldoende kennis en motivatie valt immers een succesvolle invoering van het gespreksmodel te verwachten.

Een sterk punt van dit onderzoek is een relatief goede respons van bijna 50%. De vragenlijst is door onszelf ontwikkeld en is niet gevalideerd. Twee huisartsen hebben de vragenlijst voor gebruik ingevuld, waarna wij hem op basis van hun commentaar hebben aangepast. Daarnaast hebben de huisartsen veel vrijheid gekregen om een eigen antwoord te geven. Ons onderzoek kent ook een aantal beperkingen. Selectiebias en non-responder-bias kunnen leiden tot te rooskleurige resultaten wat betreft de betrokkenheid bij de diabeteszorg en de motivatie om met het NDF-gespreksmodel aan de slag te gaan. Selectiebias kan zijn ontstaan doordat we alleen praktijkhoudende huisartsen uit de regio Apeldoorn benaderden. Het gegeven dat de huisartsen uit dit onderzoek een ruime ervaring hebben past hierbij (77% is langer dan 10 jaar

werkzaam). Jongere huisartsen die als waarnemer of HIDHA werkzaam zijn, waren ondervertegenwoordigd (slechts 3% is korter dan 5 jaar werkzaam). Non-responder-bias kan zijn ontstaan doordat vooral in diabetes geïnteresseerde huisartsen hebben gereageerd. Het feit dat 62% van de deelnemende huisartsen reguliere diabetescontroles uitvoert lijkt hier goed bij te passen. Bovendien geeft zelfs van de huisartsen die geen reguliere diabetescontroles uitvoeren, niet 1 huisarts aan weinig affiniteit met diabetes mellitus type 2 te hebben. Ten slotte hebben de 14 solo werkende respondenten een relatief hoog aantal patiënten in ketenzorg, mogelijk doordat zij meer oog hebben voor casefinding. Aan de andere kant zegt 30% van de respondenten het (sterk) oneens te zijn met de stelling dat huisartsen een actieve rol bij de diabeteszorg in hun praktijk moeten spelen. Verder kan de neiging om bij vragenlijsten sociaal wenselijke antwoorden te geven leiden tot te positief gekleurde resultaten. We hebben dit geprobeerd te beperken door huisartsen in de gelegenheid te stellen de vragenlijst anoniem te retourneren. Ook is de vragenlijst relatief kort en het aantal respondenten beperkt, waardoor het niet goed mogelijk is verregaande conclusies te trekken. Door de beperkingen van dit onderzoek zijn de resultaten dan ook niet zonder meer van toepassing op de gemiddelde huisarts in Nederland.

CONCLUSIE

Ongeveer tweederde van de in de regio Apeldoorn voor dit onderzoek geselecteerde praktijkhoudende huisartsen is actief betrokken bij de diabeteszorg. Belemmerende factoren hangen samen met tijdgebrek, vergaande taakdelegatie aan de POH en afname van kennis en ervaring. Een groot deel van deze huisartsen staat open voor het gebruik van het NDF-gespreksmodel voor het diabetesjaargesprek. Dit kan de betrokkenheid vergroten en de persoonsgerichte zorg en gedeelde besluitvorming bevorderen. Voordat huisartsen met de trainingen hiervoor beginnen, moeten ze voldoende informatie hebben gekregen en worden gemotiveerd door de zorggroep. ■

LITERATUUR

- Houweling ST, Kleefstra N, Van Ballegooie E, et al. Taakverschuivingen in de eerstelijns diabeteszorg. *Huisarts Wet* 2006;49:118-22.
- Van Hassel D, Batenburg R, Van der Velden L. Praktijkondersteuners (POH's) in beeld. Aantallen, kenmerken en geografische spreiding in Nederland. Utrecht: Nivel, 2016.
- Martínez-González NA, Djalali S, Tandjung R, et al. Substitution of physicians by nurses in primary care: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Serv Res* 2014;14:214.
- Houweling ST, Kleefstra N, Van Hateren K, et al. Can diabetes management be safely transferred to practice nurses in a primary care setting? A randomised controlled trial. *J Clin Nurs* 2011;20:1264-72.
- Laurant M, Van der Biezen M, Wijers N, et al. Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;7:CD001271.
- Cleveringa FGW, Gorter KJ, Van den Donk M, et al. Het Diabetes Zorg Protocol. *Huisarts Wet* 2011;54:248-52.
- Gorter KJ, Tuytel GH, De Leeuw RRJ, et al. Huisarts of ketenzorg: wat wilde de diabetespatiënt? *Huisarts Wet* 2011;54:238-43.
- Van Bruggen JA, Gorter KJ, Stolk RP, et al. Shared and delegated systems are not quick remedies for improving diabetes care: a systematic review. *Prim Care Diabetes* 2007;1:59-68.
- Van Staveren R. Gezamenlijke besluitvorming in de praktijk, patiëntgerichte gespreksvaardigheden. *Ned Tijdschr Geneesk* 2011;155:A3777.
- Rodriguez-Gutierrez R, Gionfriddo MR, Ospina NS, et al. Shared decision making in endocrinology: present and future directions. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2016;4:706-16.
- Young-Hyman D, De Groot M, Hill-Briggs F, et al. Psychosocial care for people with diabetes: a position statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care* 2016;39:2126-40.
- Van Ommen B, Wopereis S, Van Empelen P, et al. From diabetes care to diabetes cure – the integration of systems biology, eHealth, and behavioral change. *Front Endocrinol* 2018;8:381.
- Serné E. Op weg naar een persoonsgerichte diabeteszorg. *Ned Tijdschr Geneesk* 2019;163:D3494.
- Luijckx H, Biermans M, Bor H, et al. The effect of comorbidity on glycemic control and systolic blood pressure in type 2 diabetes: a cohort study with 5 year follow-up in primary care. *PLoS One* 2015;10:e0138662.
- Stolper CF, Van Royen PAM, Uleman J, et al. Complexer dan huisartsgeneeskunde kun je het niet krijgen. *Huisarts Wet* 2019;62:10-5.
- Palmen, J. Meer ervaring en minder drukke praktijk leidt tot betere diabeteszorg. *Huisarts Wet* 2017;60:530.
- Seidu S, Cos X, Brunton S, et al. A disease state approach to the pharmacological management of Type 2 diabetes in primary care: a position statement by Primary Care Diabetes Europe. *Prim Care Diab* 2020;S1751-9918:30189-3.
- Lenzen SA, Daniëls R, Van Bokhoven MA, et al. What makes it so difficult for nurses to coach patients in decision making? A process evaluation. *Int J Nurs Stud* 2017;80:1-11.
- Karimi-Shahanjari A, Shakibazadeh E, Rashidian A, et al. Barriers and facilitators to the implementation of doctor-nurse substitution strategies in primary care: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst Rev* 2019;4:CD010412.
- Rutten GEHM, Van Vugt HA, De Weerd I, et al. Van jaarcontrole naar jaargesprek. *Ned Tijdschr Geneesk* 2016;160:D342.
- Rutten GEHM, Van Vugt HA, De Weerd I, et al. Implementation of a structured diabetes consultation model to facilitate a person-centered approach: results from a nationwide Dutch study. *Diabetes Care* 2018;41:688-95.
- Van Avendonk MJP, Gorter KJ, Van den Donk M, et al. Niet alle huisartsen hebben de praktijkorganisatie om optimale diabeteszorg te leveren. *Huisarts Wet* 2007;50:529-34.
- KNMG. Ik weet wat ik niet weet. Campagne Artsen van Nu over deskundigheid. *Med Contact* 2009;64:1002-4.
- Van Osselen E, Helsloot RSM, Van der Werf GT, et al. Werken aan betere huisartsen: van nascholing tot kwaliteitsbeleid. *Huis-*

Berghout LM, Van Bruggen JAR, Kerksen A. Betrokkenheid huisartsen bij diabeteszorg in de regio Apeldoorn. *Huisarts Wet* 2021;64: DOI:10.1007/s12445-020-1016-8.
HuisartsenOrganisatie Oost-Gelderland, Huisartsenzorg Regio Apeldoorn, Apeldoorn: L.M. Berghout, kaderhuisarts diabetes-in-opleiding, huisarts, lberghout@hoogzorg.nl; dr. J.A.R. van Bruggen, medisch adviseur diabetes en CVRM, waarnemend huisarts. Huisartsenpraktijk Kerksen en Van der Wal, Den Haag: dr. A. Kerksen, kaderhuisarts diabetes, huisarts.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

ABSTRACT

Introduction Given the knowledge of the patient's context, the general practitioner (GP) can play an important role in more person-centered diabetes care. We examined the involvement in diabetes care of GPs in the Apeldoorn region in their practices and the extent to which they are motivated to introduce the consultation model of the Dutch Diabetes Federation (DDF) for the annual diabetes interview into their practice.

Method Semi-structured questionnaire, with percentages and testing of correlations with the Spearman rank test. Results 48% (n = 64) of the 134 GPs responded. 46% (n = 29) strongly agrees with the statement that GPs should play an active role in diabetes care and 62% (n = 40) performs one of the regular diabetes controls themselves.

Reasons for no longer carrying out diabetes checks are the good diabetes knowledge of the practice nurse, the more extensive delegation of chronic care and the lack of time of the GP. 97% (n = 61) finds the DDF consultation model (possibly) interesting to use in their practice. GPs who are actively involved in diabetes care are more positive about the DDF consultation model (CC = 0.363, p = 0.004).

Conclusion Two-thirds of the responding GPs in this study is actively involved in diabetes care. Obstructive factors in diabetes care are lack of time, too much task delegation to the practice nurse and a decrease in knowledge and experience. A large proportion of GPs in the Apeldoorn region is motivated using the DDF consultation model for the annual diabetes interview.

arts Wet 2016;59:412-15.