



Huisarts of ketenzorg: wat wilde de diabetespatiënt?

Samenvatting

Gorter KJ, Tuytel GH, De Leeuw RRJ, Rutten GEHM. Huisarts of ketenzorg: wat wilde de diabetespatiënt? Huisarts Wet 2011;54(5):238-43.

DOEL Voorafgaand aan de invoering van de keten-dbc diabetes is niet geïnformeerd naar de voorkeuren van patiënten. Wij wilden nagaan in hoeverre zij tevreden waren over de destijds geleverde zorg en aan wie zij de voorkeur gaven als diabeteszorgverlener.

METHODEN Vragenlijstonderzoek onder patiënten met type-2-diabetes in de eerste en tweede lijn in 2007, voorafgaand aan de invoering van de keten-dbc diabetes.

RESULTATEN In 2007 vulden 994 opeenvolgende patiënten, van wie 792 in de eerste lijn, de vragenlijst in. De belangrijkste zorgverlener in de eerste lijn was voor 68% van de patiënten de diabetesverpleegkundige of praktijkondersteuner, in de tweede lijn voor 78% van de patiënten de internist. Ongeveer de helft was tevreden over de zorgverlening door huisarts of specialist; ruim tweederde was tevreden over de diabetesverpleegkundige/praktijkondersteuner. Patiënten met een complexere behandeling gaven de voorkeur aan een in diabetes gespecialiseerde huisarts, en voor de driemaandelijkse controle aan een verpleegkundige of praktijkondersteuner.

CONCLUSIE Veel diabetespatiënten worden het liefst begeleid door een diabetesverpleegkundige/praktijkondersteuner. Zijn zij tevreden over de huisarts, dan is dat vooral vanwege de vertrouwensband en minder vanwege diens kennis over diabetes. Patiënten met een complexere behandeling kiezen eerder voor een in diabetes gespecialiseerde huisarts en laten de driemaandelijkse controles het liefst verrichten door een diabetesverpleegkundige. Betere afstemming van de samenwerking tussen huisarts en verpleegkundige, en meer aandacht voor multidisciplinaire diabeteszorg in de huisartsenopleiding, lijkt gewenst.

INLEIDING

Het aantal mensen met diabetes in Nederland stijgt, en de vraag naar diabeteszorg dus ook. In 2008 hadden bijna 700.000 Nederlanders (4,2%) diabetes, in 2025 zullen het er naar schatting 1,2 miljoen zijn.¹ Om in de toenemende zorgvraag te voorzien en die zorg tegelijkertijd betaalbaar te houden, heeft er in de afgelopen twintig jaar een verschuiving van de tweede naar de eerste lijn plaatsgevonden.² Tegenwoordig levert de eerste lijn, met de huisarts als hoofdzorgverlener, ongeveer 80% van de zorg voor mensen met type-2-diabetes,³ en steeds vaker beginnen huisartsen zelf met insulinetherapie.⁴ De laatste jaren delegeren steeds meer huisartsenpraktijken de diabeteszorg aan diabetes- of praktijkverpleegkundigen, of

aan praktijkondersteuners huisarts (POH)⁵. Het delegeren van de jaarcontroles zou tot een slechtere glykemische controle kunnen leiden.⁶

De diabeteszorg in de eerste lijn is in Nederland georganiseerd volgens verschillende modellen, geen waarvan een duidelijke meerwaarde heeft boven de andere.^{2,7} Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Diabetes Huisartsen Advies Groep (DiHAG) pleiten voor diabeteszorg zo dicht mogelijk bij huis, op basis van een generalistische en geprotocolleerde benadering waarbij de huisarts fungeert als gids voor de patiënt en de regie over de zorg behoudt.^{8,9} Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) ziet de diabeteszorg het liefst samenhangend georganiseerd rond de zorgvraag van de patiënt en heeft zich vanaf 2007 sterk gemaakt voor integrale bekostiging, ongeacht of de huisarts of de praktijkverpleegkundige de zorg levert.¹⁰ Laatstgenoemde benadering heeft geleid tot de vorming van zogeheten diabeteszorggroepen, waarin zorgaanbieders van verschillende disciplines ketenzorg aanbieden. De samenwerkingsafspraken zijn gebaseerd op de NDF-zorgstandaard en vastgelegd in een keten-dbc diabeteszorg.¹¹

De vorming van diabeteszorggroepen is een grote stap in het verder delegeren van zorgtaken. Dat maakt de vraag naar de mening van de patiënt actueel: door wie wil deze eigenlijk zelf het liefst behandeld worden? Bij de invoering van de keten-dbc diabeteszorg is daar niet naar gevraagd en dus ook geen rekening mee gehouden. Doel van ons onderzoek was

Wat is bekend?

- Het aantal Nederlanders met diabetes stijgt snel, en het overgrote deel wordt behandeld in de eerste lijn.
- De eerstelijns diabeteszorg in Nederland staat ter discussie. Het model dat de voorkeur heeft van NHG en DiHAG, met de huisarts als regisseur, dreigt te worden overvleugeld door het ketenzorgmodel dat de voorkeur heeft van het ministerie van VWS, de NDF en de zorgverzekeraars.
- Bij dit alles is echter nooit gevraagd naar de mening van de patiënten: aan welke hulpverleners geven zij de voorkeur?

Wat is nieuw?

- Vóór invoering van de ketenzorg was meer dan tweederde van de patiënten met type-2-diabetes tevreden over de zorg die geleverd werd door verpleegkundigen en praktijkondersteuners, omdat deze de meeste tijd en de meeste kennis van diabetes hebben.
- Slechts de helft van de patiënten was tevreden over de eigen huisarts en de internist. Patiënten die voor hun eigen huisarts kiezen, doen dat veelal niet vanwege diens kennis over diabetes.
- Patiënten die een complexere behandeling ondergaan, prefereren voor de behandeling een in diabetes gespecialiseerde huisarts en voor de driemaandelijkse controle een diabetesverpleegkundige of praktijkondersteuner.

UMC Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, Postbus 85060, 3508 AB Utrecht: dr. K.J. Gorter, huisarts en epidemioloog; G.H. Tuytel, psycholoog; dr. R.R.J. de Leeuw, psycholoog; prof. dr. G.E.H.M. Rutten, huisarts, hoogleraar Diabetologie in de huisartsgeneeskunde. • Correspondentie: K.J.Gorter@umcutrecht.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: dit onderzoek werd mogelijk gemaakt door een subsidie van het Diabetesfonds (2005.13.021).

dan ook te achterhalen wat de patiënt ervan vond vóór de massale introductie van diabeteszorggroepen. Wie vonden zij de belangrijkste zorgverlener voor hun diabetes? Wat bepaalde hun voorkeur en hoe tevreden waren zij met de behandeling? Zijn hieruit alsnog lessen voor de toekomst te trekken?

METHODEN

Ons onderzoek vond plaats begin 2007. Tachtig huisartsenpraktijken en dertien endocrinologen uit verschillende regio's deden mee. De huisartsenpraktijken selecteerden wij uit de NIVEL-adressenlijst (wij schreven een steekproef van 50% aan), de internisten benaderden we persoonlijk. Daarbij zorgden we ervoor dat de deelnemers uit alle delen van Nederland afkomstig waren.

De deelnemende huisartsen, internisten en verpleegkundigen vroegen aan opeenvolgende patiënten met type-2-diabetes tijdens hun controlebezoek een vragenlijst in te vullen in de wachtkamer. De patiënten deden de – anonieme – lijst na het invullen in een gefrankeerde, aan de onderzoekers geadresseerde envelop.

Uitkomstmaten

Voor onze vragenlijst gingen wij uit van een onderzoek door TNO-NIPO naar de wensen van zorgcliënten in Europa, uitgevoerd in 2003 in opdracht van de Raad voor Volksgezondheid en Zorg.¹²

- Wie vindt u uw belangrijkste zorgverlener voor diabetes en waarom?
- Gaat u voor uw driemaandelijke controle voor type-2-diabetes het liefst naar een arts of een verpleegkundige?
- Kiest u voor een in diabeteszorg gespecialiseerde huisarts, voor uw eigen huisarts, of hebt u geen voorkeur? (Deze vraag werd ingeleid met de volgende tekst: 'De komende jaren zullen sommige huisartsen zich gaan specialiseren in diabetes. Als u moest kiezen, aan wie zou u dan de voorkeur geven voor behandeling van uw diabetes?')
- Wilt u voor uw diabetes behandeld worden in een diabetescentrum, in het ziekenhuis of in de huisartsenpraktijk?

Overige metingen

Wij maten drie aspecten van de patiënttevredenheid. Tevredenheid met de behandeling maten wij met een vraag uit de Diabetes Treatment Satisfaction Questionnaire, die de patiënt kon beantwoorden op een zevenpunts likertschaal van zeer ontevreden (0) tot zeer tevreden (6).¹³ Tevredenheid met de zorgkwaliteit van de behandelaar (huisarts, endocrinoloog, praktijk- of diabetesverpleegkundige) maten wij aan de hand van vragen uit de Quote-diabetesvragenlijst, met antwoorden op een vierpunts likertschaal van zeer ontevreden (1) tot zeer tevreden (4).¹⁴ Tot slot kon de patiënt zijn tevredenheid met de toenemende rol van verpleegkundigen in de diabeteszorg aangeven op een speciaal voor dit onderzoek geconstrueerde vijf puntsschaal van heel vervelend (1) tot heel prettig (5).

Aan de hand van de literatuur^{12,15} bepaalden we achtergrond- en ziektekenmerken die van invloed kunnen zijn op de

voorkeur voor de organisatie van de zorg. Het gaat daarbij om kenmerken als leeftijd, geslacht, etniciteit, opleiding, plaats van behandeling, diabetesduur, zelfgerapporteerde instelling van de diabetes, medicatie voor verlaging van de bloedglucosespiegel en zelfgerapporteerde aanwezigheid van micro- en macrovasculaire complicaties. Voor de ervaren gezondheids-toestand gebruikten wij een vraag uit de EuroQol-vragenlijst, te beantwoorden op een visueel analoge schaal van 0 (slechtst mogelijke) tot 100 (best voorstelbare gezondheidstoestand).¹⁴ Problemen met mobiliteit en instelling van de diabetes maten wij eveneens met vragen uit EuroQol¹⁶, te beantwoorden op een vijfpunts likertschaal van zeer slecht (0) tot zeer goed (4).

Analyse

De analyse voerden wij uit met SPSS 15.0, de zelfgerapporteerde uitkomstvariabelen werden uitgedrukt met beschrijvende statistiek. Onafhankelijke associaties van determinanten met de categorische uitkomstvariabelen, met correctie voor clustering, stelden wij vast met multilevel multinomiale multivariabele logistische regressieanalyse ($p < 0,05$), en drukten wij uit als odds ratio (OR) met bijbehorend 95%-betrouwbaarheidsinterval (95%-BI). Bij de multinomiale analyse vergeleken wij de groepen steeds met een referentiecategorie.

Leeftijd, duur van de diabetes en ervaren gezondheidstoestand beschouwden wij als continue variabelen, alle andere als discontinue variabelen.

Abstract

Gorter KJ, Tuytel GH, De Leeuw RRJ, Rutten GEHM. Who should treat diabetes patients? Huisarts Wet 2011;54(5):238-43.

AIM Patient preferences were not investigated prior to the introduction of the Dutch Multidisciplinary Diabetes Care Protocol. We assessed how satisfied patients were with the care provided before the introduction of the protocol and their preference for diabetes care provider.

METHODS Cross-sectional questionnaire survey held in 2007 among patients with type 2 diabetes seen in primary (general practice) or secondary (out-patient clinics) care in the Netherlands, prior to the introduction of the Multidisciplinary Diabetes Care Protocol.

RESULTS Data from 994 consecutive patients, 792 of whom were seen in primary care, were collected in 2007. The mean age was 65 years, 54% were male, 97% were Caucasian, and 21% had a low level of education. In primary care, the practice or diabetes nurse was the main care provider in 68% of the patients, and in secondary care this was the internist in 78% of the patients. About half of the patients were satisfied with the quality of care provided by their general practitioner (GP) or specialist, and more than two-thirds were satisfied with the care provided by the diabetes or practice nurse. Patients with complex treatment regimens preferred to be treated by a GP specialized in diabetes, and to see a practice nurse at their 3 monthly visits.

CONCLUSION Many patients with diabetes would prefer to be supervised by a practice or diabetes nurse. Patients' satisfaction with the quality of care provided by their GP was based mainly on their trust in him/her and less on his/her knowledge of diabetes. Patients with complex treatment regimens preferred to be treated by a GP specialized in diabetes and to see a diabetes nurse for their three-monthly control visits. Better teamwork between GPs and nurses would seem appropriate, as would greater emphasis in the GP training programme on the multidisciplinary nature of diabetes care.

RESULTATEN

Van de 1029 geretourneerde vragenlijsten waren er 994 geschikt voor analyse. Van deze patiënten werden er 792 (80%) behandeld in de eerste lijn en de overige in de tweede lijn. Daarnaast konden 35 patiënten niet meegenomen worden in de analyse omdat hun data incompleet waren met uitzondering van leeftijd (gemiddelde leeftijd 58,2 jaar; SD 9,8) en geslacht (51% man). De geïncludeerde patiënten hadden een gemiddelde leeftijd van 65,1 jaar (SD 10,3), 54% was man en 71% had maximaal een vmbo/mavo opleidingsniveau. Patiënten uit de eerste lijn verschilden vooral wat betreft de duur van de diabetes en insulinegebruik van patiënten uit de tweede lijn [tabel 1]. Etniciteit is niet meegenomen in de analyses, omdat er minder dan 3% niet-westerse respondenten waren.

Belangrijkste zorgverlener en tevredenheid over de behandeling

Van de patiënten in de eerste lijn noemde 68% de praktijk- of diabetesverpleegkundige als belangrijkste zorgverlener, 30% de huisarts en 2% de internist [tabel 2]. De patiënten die voor de huisarts kozen, deden dat omdat ze die het meest vertrouwden en omdat die hen het best kende. Patiënten die de

verpleegkundige of praktijkondersteuner kozen, deden dat omdat die het meest van diabetes wist en bovendien de meeste tijd had. De toegenomen rol van verpleegkundigen in de zorg werd door 68% van de patiënten als (heel) prettig ervaren.

De belangrijkste zorgverlener in de tweede lijn was voor 78% van de patiënten de internist en voor 22% de diabetesverpleegkundige. Redenen om voor de internist te kiezen, waren dat deze het meeste van diabetes wist en dat de patiënt deze het meeste vertrouwde.

In het algemeen was bijna 90% van de patiënten (zeer) tevreden met de behandeling die zij kregen. Daarbij was bijna driekwart van de respondenten tevreden over de kwaliteit van de zorg die geleverd werd door praktijk- en diabetesverpleegkundigen, en ongeveer de helft over de zorg geleverd door huisartsen en internisten.

Voorkeuren van patiënten voor zorgverlener

Van de patiënten uit de eerste lijn gaf 65% aan dat zij de driemaandelijkse controle het liefst door een verpleegkundige lieten doen [tabel 3]. Van de patiënten uit de tweede lijn gaf 73% de voorkeur aan de internist.

Als zij zouden moeten kiezen, zou een derde van de patiënten uit de eerste lijn liever een in diabetes gespecialiseerde huisarts bezoeken dan de eigen huisarts, en de helft liever de eigen huisarts. Eén op de tien patiënten in de eerste lijn, en drie op de tien patiënten in de tweede lijn, zou het liefst naar een speciaal diabetescentrum gaan [tabel 3].

Wat bepaalt de voorkeuren?

Voor de driemaandelijkse controle gaven ouderen – meer dan jongeren – de voorkeur aan een verpleegkundige boven een arts. Met name in de eerste lijn prefereerden zij de diabetesverpleegkundige boven de huisarts (OR 3,23; 95%-BI 1,67-6,32). Wij vonden geen onafhankelijke factoren die de voorkeur voor controle in een diabetescentrum bepaalden.

Vergeleken met de referentiegroep – de groep die aangaf geen voorkeur te hebben – prefereerden patiënten in de eerste lijn die wél een voorkeur aangaven hun eigen huisarts boven een in diabetes gespecialiseerde, maar onbekende, huisarts (OR 1,82; 95%-BI 1,11-2,95), maar dat gold minder voor patiënten die behandeld werden met een combinatie van tabletten en insuline (OR 0,45; 95%-BI 0,31-0,79) [tabel 4].

BESCHOUWING

Uit onze peiling onder bijna duizend diabetespatiënten blijkt dat deze patiënten in het algemeen tevreden waren over behandeling en behandelaar in de periode voordat de zorg werd georganiseerd in zorggroepen en keten-dbc's. De belangrijkste reden om een praktijkondersteuner of diabetesverpleegkundige te prefereren als belangrijkste zorgverlener, is dat deze de meeste tijd en de meeste kennis van diabetes heeft. Als men de voorkeur geeft aan de eigen huisarts is dat vooral omdat deze het meeste vertrouwen geniet en de patiënt het best kent. Alleen eerstelijnspatiënten die een complexere bloedglucoseverlagende therapie ondergaan, kiezen liever

Tabel 1 Achtergrondvariabelen en eigenschappen patiënten

	N	Totaal (n = 994)	Eerste lijn (n = 792)	Tweede lijn (n = 202)
Leeftijd gemiddeld (SD)	994	65,1 jaar (10,3)	65,7 jaar (10,4)	62,8 jaar (9,5)
Geslacht man	994	53,7%	53,5%	54,5%
Etniciteit	971			
■ westers		97,1%	97,0%	97,5%
■ niet-westers		2,9%	3,0%	2,5%
Opleiding	978			
■ maximaal lo		20,6%	20,1%	22,4%
■ vmbo, mavo		50,0%	51,9%	42,8%
■ mbo, havo, vwo		17,5%	17,2%	18,4%
■ hbo, universiteit of hoger		12,0%	10,8%	16,4%
Behandelsetting	994			
■ eerste lijn		79,7%	–	–
■ tweede lijn		20,3%	–	–
Diabetesduur gemiddeld (SD)	959	8,6 jaar (7,8)	7,5 jaar (7,1)	13,2 jaar (9)
Behandeling diabetes	971			
■ alleen voedingsvoorschriften		9,8%	12,2%	0,5%
■ tabletten		59,5%	71,2%	14,1%
■ tabletten + insuline		17,1%	11,9%	37,4%
■ alleen insuline		13,6%	4,8%	48,0%
Instelling diabetes	962			
■ (zeer) goed		81,4%	84,7%	68,8%
■ matig tot (zeer) slecht		18,6%	15,3%	31,2%
Complicaties	956			
■ nee		62,7%	66,2%	48,7%
■ ja		37,3%	33,8%	51,3%
Mobiliteit	991			
■ geen problemen		62,3%	64,9%	51,7%
■ wel problemen		37,7%	35,1%	48,3%
Gemiddelde ervaren gezondheid	913			
■ schaal 0-100 (SD)		74,0 (15,8)	75,0 (15,2)	69,8 (17,2)
■ interkwartielgrenzen		65-85	67-85	60-80

Tabel 2 Wie is de belangrijkste diabeteszorgverlener?

	N	Totaal (n = 994)	Eerste lijn (n = 792)	Tweede lijn (n = 202)
Wie is uw belangrijkste zorgverlener voor uw diabetes?	980			
■ huisarts		24,1%	30,3%	0,5%
■ diabetesverpleegkundige of praktijkondersteuner		50,1%	68,3%	21,6%
■ internist		16,8%	1,5%	77,9%
De huisarts is het belangrijkste omdat (meerdere antwoorden mogelijk):	240			
■ meeste vertrouwen		–	55,8%	–
■ weet het meeste van diabetes		–	6,3%	–
■ kent mij het beste		–	60,0%	–
■ meeste tijd		–	1,3%	–
■ anders		–	1,7%	–
De diabetesverpleegkundige of praktijkondersteuner is het belangrijkste omdat (meerdere antwoorden mogelijk):	541			
■ meeste vertrouwen		–	14,8%	–
■ weet het meeste van diabetes		–	39,3%	–
■ kent mij het beste		–	27,8%	–
■ meeste tijd		–	49,5%	–
■ anders		–	2,4%	–
De internist is het belangrijkste omdat (meerdere antwoorden mogelijk):	157			
■ meeste vertrouwen		–	–	52,9%
■ weet het meeste van diabetes		–	–	48,4%
■ kent mij het beste		–	–	14,6%
■ meeste tijd		–	–	1,9%
■ anders		–	–	7,0%
Vindt u het prettig dat de praktijkondersteuner een grotere rol krijgt in de diabeteszorg?	973			
■ heel prettig		22,8%	24,7%	15,3%
■ prettig		42,3%	43,0%	39,8%
■ maakt me niet zo veel uit		27,4%	26,9%	29,6%
■ vervelend		6,0%	4,4%	12,2%
■ heel vervelend		1,4%	1,0%	3,1%
Bent u tevreden over de behandeling?	975			
■ zeer tevreden		59,2%	58,8%	60,7%
■ tevreden		30,5%	31,1%	27,9%
■ matig tevreden		8,1%	7,6%	10,0%
■ (zeer) ontevreden		2,3%	2,4%	1,5%
Bent u tevreden over de zorgkwaliteit van de huisarts?	200			
■ (zeer) tevreden		–	52,0%	–
■ (zeer) ontevreden		–	48,0%	–
Bent u tevreden over de zorgkwaliteit van de internist?	144			
■ (zeer) tevreden		–	–	56,9%
■ (zeer) ontevreden		–	–	43,1%
Bent u tevreden over de zorgkwaliteit van de diabetesverpleegkundige of praktijkondersteuner?	512			
■ (zeer) tevreden		73,4%	73,6%	70,6%
■ (zeer) ontevreden		26,6%	26,4%	29,4%

een in diabetes gespecialiseerde huisarts. Redenen om in de tweedelijns zorg de internist te prefereren, zijn dat deze het meeste vertrouwen geniet en de meeste kennis over diabetes heeft. De zorgkwaliteit van praktijkondersteuners en diabetesverpleegkundigen werd hoger gewaardeerd dan die van huisarts en internist.

Vergelijking met andere onderzoeken

Er is een internationaal cross-sectioneel onderzoek gedaan naar de zelfgerapporteerde attitudes, wensen en behoeften van

ruim vijfduizend voornamelijk westerse diabetespatiënten. Hierin is gevraagd naar de toegankelijkheid van de zorgverleners en de kwaliteit van de patiënt-zorgverlenerrelatie, maar is niet de vraag gesteld door wie diabetespatiënten behandeld zouden willen worden.¹⁷ Een enquête onder 863 patiënten die deelnamen aan experimenten met de keten-dbc ging vooral in op de samenwerking en afstemming tussen zorgverleners en vroeg niet naar de voorkeur van de patiënten.¹⁸ Ons onderzoek geeft, in aanvulling hierop, aan dat in de periode voorafgaand aan de invoering van de keten-dbc de patiënten in het

Tabel 3 Door wie zouden patiënten graag behandeld willen worden?

	N	Totaal (n = 994)	Eerste lijn (n = 792)	Tweede lijn (n = 202)
Voorkeur voor de driemaandelijkse controle:	981			
■ huisarts of internist		37,5%	28,8%	72,8%
■ diabetesverpleegkundige of praktijkondersteuner		56,6%	65,0%	22,6%
■ geen voorkeur*		5,9%	6,2%	4,6%
Voorkeur voor huisarts:	953			
■ eigen huisarts		43,2%	49,3%	21,0%
■ in diabetes gespecialiseerde huisarts		32,1%	27,1%	49,5%
■ geen voorkeur*		24,7%	23,6%	29,6%
Voorkeur voor behandelomgeving:	981			
■ speciaal diabetescentrum		14,6%	11,4%	27,0%
■ ziekenhuis		14,6%	2,8%	60,5%
■ huisartsenpraktijk*		70,8%	2,8%	12,5%

* Referentiecategorie voor de regressieanalyse.

Tabel 4 Wat bepaalt de voorkeur voor een in diabetes gespecialiseerde of eigen huisarts

	In diabetes gespecialiseerde huisarts		Eigen huisarts	
	N	OR (95%-BI)	N	OR (95%-BI)
Leeftijd patiënt	253	0,99 (0,98-1,001)	340	1,01 (0,99-1,02)
Eerste lijn	172	0,88 (0,54-1,42)	305	1,82 (1,11-2,95)
Aard van de behandeling:				
■ tabletten	127	1,11 (0,65-2,03)	234	0,92 (0,38-1,56)
■ tabletten + insuline	54	1,01 (0,64-2,11)	35	0,45 (0,31-0,79)
■ insuline	53	1,95 (0,90-4,81)	27	0,74 (0,38-1,61)

N = 787. Gecorrigeerd voor geslacht, opleidingsniveau, duur diabetes, instelling diabetes, complicaties, mobiliteit, gezondheidstoestand. Referentiecategorie is 'Geen voorkeur' (n = 194).

algemeen tevreden waren over de zorgkwaliteit. De waardering gold vooral praktijkondersteuners en diabetesverpleegkundigen, omdat die de meeste kennis hadden over diabetes én de meeste tijd hadden. Het is daarom niet verwonderlijk dat nu, enige jaren later, de tendens is dat zij niet alleen de driemaandelijkse consultaties maar ook de jaarcontroles voor hun rekening nemen.¹⁹ Men kan zich afvragen of dit wel zo'n goede ontwikkeling is. Verpleegkundigen en praktijkondersteuners spelen een essentiële rol in de zorg voor patiënten met type-2-diabetes, bijvoorbeeld om de therapietrouw te monitoren en eventuele problemen daarin samen met de patiënt te proberen op te lossen.²⁰ Het delegeren van ook de jaarcontroles aan verpleegkundigen kan in theorie echter leiden tot een slechtere glykemische controle.⁶ De Inspectie Gezondheidszorg gaf al in 2007 aan dat de taakherschikking in de zorg risico's tot gevolg heeft, die alleen te ondervangen zijn met toezicht door de delegerende hulpverlener.²¹ Comorbiditeit is een probleem bij bijna de helft van de patiënten met diabetes,¹⁸ en tijdens de jaarcontrole kunnen complexe zorgvragen en mogelijke interacties van geneesmiddelen aan de orde komen. De generalistische medische expertise van de huisarts kan op zo'n moment eigenlijk niet gemist worden. Maar in de diabeteszorg dreigt een tekort aan hulpverleners en taakdelegatie is onvermijdelijk, dus het is zaak ervoor te zorgen dat huisartsen en praktijkonder-

steuners/diabetesverpleegkundigen elkaar aanvullen, zodat er geen dubbel werk gedaan wordt.^{22,23} Kortom, geprotocolleerde samenwerking en invoering van gezamenlijke jaarlijkse controles zijn goed voor de kwaliteit van de diabeteszorg.²⁴

Al voordat de keten-dbc diabetes werd ingevoerd, kozen patiënten in de eerste lijn, als ze een complexere bloedglucoseverlagende therapie hadden, eerder voor een in diabetes gespecialiseerde huisarts dan voor hun eigen huisarts. Bovendien was slechts de helft van de patiënten in ons onderzoek tevreden over de zorgverlening door de huisarts. Het is dus hoog tijd dat de huisartsenopleiding aandacht gaat besteden aan multidisciplinaire diabeteszorg,²⁵ zodat nieuw opgeleide huisartsen niet alleen weten hoe ze hun diabetespatiënten moeten behandelen, maar ook hoe ze ze moeten begeleiden. Het ware te wensen dat patiënten in de toekomst kiezen voor diabeteszorg door hun eigen huisarts, niet alleen omdat ze hem vertrouwen en omdat hij hen het best kent, maar ook vanwege zijn kennis over diabetes.

Sterke en zwakke kanten

Sterke punten zijn de omvang van onze patiëntenpopulatie en het feit dat de patiënten zowel in de eerste als in de tweede lijn werden behandeld. Daarnaast corrigeerden we voor clustering op het niveau van de zorgverlener. Er zijn ook beperkingen. Aangezien onze gegevens opeenvolgende patiënten betroffen, konden we niet controleren voor mogelijke selectiebias. De onderzochte patiëntenpopulatie is echter wel representatief voor de type-2-diabetespatiënten in Nederland, en leeftijd, geslacht en opleidingsniveau komen overeen met die van populaties uit andere Nederlandse onderzoeken.^{26,27} Onze resultaten kunnen echter niet gegeneraliseerd worden naar patiënten met een niet-westerse achtergrond.

Implicaties

De Nederlandse overheid pleit voor integraal bekostigde en vraaggestuurde diabeteszorg. Zij legt daarbij sterk de nadruk op het *wat* (inhoud) en *wanneer* (geprotocolleerde samenwerking). Wij vinden echter ook het *wie* belangrijk: welke zorgverlener zou de patiënt kiezen voor de beste zorg? Al vóór de invoering van de keten-dbc diabetes was ruim tweederde van de patiënten tevreden over de zorgkwaliteit van de verpleegkundige/praktijkondersteuner, en slechts de helft over die van hun eigen huisarts. Diens kennis over diabetes is niet eens doorslaggevend voor een eventuele voorkeur van de patiënt; dat is eerder diens bekendheid met de patiënt. Eerstelijnspatiënten met een complexere behandeling hebben het liefst een in diabetes gespecialiseerde huisarts voor de behandeling en een verpleegkundige/praktijkondersteuner voor de driemaandelijkse controles.

Het zou recht doen aan de stem van de patiënt de begeleiding van diabetespatiënten niet categorisch over te laten aan de verpleegkundige of praktijkondersteuner binnen de huisartsenpraktijk, maar te zorgen dat huisartsen en verpleegkundigen/praktijkondersteuners geprotocolleerd samenwerken. De huisartsenopleiding zou ervoor moeten zorgen dat jonge

huisartsen voldoende bekwaamheid opdoen in de begeleiding en behandeling van patiënten met type-2-diabetes. Binnen de eerstelijns keten-dbc diabetes is verder onderzoek naar maatwerk voor de patiënt en complementaire taakinvulling door de zorgverleners gewenst. ■

DANKWOORD

De auteurs danken de patiënten en zorgverleners die aan dit onderzoek hebben deelgenomen, en Peter Zuithoff, statisticus, voor de multivariabele multinomiale multilevel analyse.

LITERATUUR

- 1 Baan CA, Van Baal PH, Jacobs-van der Bruggen MA, Verkley H, Poos MJ, Hoogenveen RT, et al. Diabetes mellitus in the Netherlands: Estimate of the current disease burden and prognosis for 2025. *Ned Tijdschr Geneesk* 2009;153:1052-8.
- 2 Rutten GEHM. Zorg voor patiënten met diabetes mellitus type 2 in de 1e lijn. *Ned Tijdschr Geneesk* 2008;152:2389-94.
- 3 Baan CA, Van Wieren S. Welke zorg gebruiken patiënten en wat zijn de kosten? *Volksgezondheid Toekomst Verkenning/Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, 2008.
- 4 Van Avendonk MJ, Gorter KJ, Van den Donk M, Rutten GE. Insulin therapy in type 2 diabetes is no longer a secondary care activity in the Netherlands. *Prim Care Diabetes* 2009;3:23-8.
- 5 Dierick-van Daele ATM, Metsemakers JFM, Derckx EWCC, Spreeuwenberg C, Vrijhoef HJM. Nurse practitioners substituting for general practitioners: Randomized controlled trial. *J Adv Nurs* 2009;65:391-401.
- 6 Bebb C, Kendrick D, Stewart J, Coupland C, Madeley R, Brown K, et al. Inequalities in glycaemic control in patients with type 2 diabetes in primary care. *Diabet Med* 2005;22:1364-71.
- 7 Van Bruggen JAR, Gorter KJ, Stolk RP, Rutten GEHM. Delen en delegeren zijn geen panacee voor betere diabeteszorg. *Huisarts Wet* 2006;49:598-605.
- 8 Rutten GEHM, De Grauw WJC, Nijpels G, Goudswaard AN, Uitewaal PJM, Van der Does FEE, et al. NHG-standaard Diabetes mellitus type 2 (tweede herziening). *Huisarts Wet* 2006;49:137-52.
- 9 NHG-DiHAg. NHG-Standpunt Zorg voor patiënten met een veelvoorkomende chronische aandoening in de eerste lijn: Uitwerking Zorg voor patiënten met diabetes mellitus type 2. Utrecht: NHG, 2005. Verkrijgbaar via http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_implementatie/k_nhgstandpunten-toekomstvisie.htm, geraadpleegd maart 2011.
- 10 Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De patiënt centraal door omslag naar functionele bekostiging. Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, kenmerk CZ/EKZ/2898021. Den Haag: 2008.
- 11 NDF-zorgstandaard: Transparantie en kwaliteit van diabeteszorg voor mensen met diabetes type 2. Amersfoort: Nederlandse Diabetes Federatie, 2007.
- 12 De wensen van zorgcliënten in Europa. Publicatienummer 2003/11. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, 2003.
- 13 Bradley C. The Diabetes Treatment Satisfaction Questionnaire: DTSQ. In Bradley C, editor. *Handbook of psychology and diabetes: A guide to psychological measurement in diabetes research and practice*. Chur (CH): Harwood, 1994.
- 14 Schouten GM, Sixma HJ, Friele RD. Kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van mensen met diabetes: Quote-diabetes. (2 delen). Utrecht: NIVEL, 2000.
- 15 Rao M, Clarke A, Sanderson C, Hammersley R. Patients' own assessment of quality of primary care compared with objective records based measures of technical quality of care: cross sectional study. *BMJ* 2006;333:19.
- 16 Brooks R. EuroQol: The current state of play. *Health Policy* 1996;37:53-72.
- 17 Peyrot M, Rubin RR, Lauritzen T, Skovlund SE, Snoek FJ, Matthews DR, et al. Patient and provider perceptions of care for diabetes: results of the cross-national DAWN Study. *Diabetologia* 2006;49:279-88.
- 18 Struijs JM, Van Til JT, Baan CA. Experimenteren met de keten-dbc diabetes. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2009. Rapport nr. 260014001.
- 19 Anoniem. Huisarts moet jaarcontroles diabetes doen. *Medisch Contact* 2010; 65:811.
- 20 Morris D, McLean D, Costello JA, Cloutier L. Recognition and management of hypertension by nurses action in patients with diabetes is critical. *Can J Cardiovasc Nurs* 2009;19:4-12.
- 21 Taakherschikking blijkt positief voor de kwaliteit van de zorg. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2007.
- 22 Dennis S, May J, Perkins D, Zwar N, Sibbald B, Hasan I. What evidence is there to support skill mix changes between GPs, pharmacists and practice nurses in the care of elderly people living in the community? *Aust New Zealand Health Policy* 2009;6:23.
- 23 Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;18:CD001271.
- 24 Spigt M, Stefens C, Passage D, Van Amelsvoort L, Zwietering P. The relationship between primary health care organization and quality of diabetes care. *Eur J Gen Pract* 2009;15:212-8.
- 25 Houweling B, Van Gerwen W, Van Kruijsdijk M. Diabeteszorg nieuwe stijl hoort in de huisartsenopleiding. *Huisarts Wet* 2009;52:138-9.
- 26 Van Bruggen JAR, Gorter KJ, Stolk RP, Rutten GEHM. Overall quality of diabetes care in a defined geographic region: Different sides of the same story. *Br J Gen Pract* 2008;58:339-45.
- 27 Westert GP, Schellevis FG, De Bakker DH, Groenewegen PP, Bensing JM, Van der Zee J. Monitoring health inequalities through general practice: the second Dutch national survey of general practice. *Eur J Public Health* 2005;15:59-65.

Nico van Duijn

Ziek

Soms is de dokter zelf een beetje ziek. Jammer genoeg ben ik dat maar om de paar jaar. En nooit ben ik te ziek om verplichtingen af te zeggen. Of ik ben ziek in het weekend. Ik heb er dus niets aan. Sterker nog, ik kon zaterdag zelfs dienst doen. Vrijdag een beetje ziek geworden en dus na het werk gaan liggen. Na dertien uur half in coma liggen knorren ben ik weer uit bed gekropen, want om 8.00 uur begint de dienst

op de huisartsenpost. Eigenlijk ging dat wel. De meeste van de spugende kindertjes daar waren zieker dan ik, vond ik. Niet allemaal trouwens. Heb heel wat vrolijke snuitjes gezien die toch vreselijk hadden gebraakt volgens moeder en vader. Na de dienst ben ik om 17.00 uur weer gaan liggen, tot de volgende dag. Heel saai. Ik zou zo graag ook eens willen genieten van het ziek in bed liggen, sloom zappend, lekker sapje naast me. Het is niet voor me weggelegd. Ik slaap alleen maar, eet

twee dagen niet en drink nauwelijks. Gewoon slapen, als een ziek dier, twee kilo lichter daarna.

Er zijn ook mensen die op zondag ziek worden en dinsdag pas beter zijn, of zelfs op dinsdag ziek worden en vrijdag pas weer wat opknappen. Volgende keer wil ik dat ook, erg ziek worden op dinsdag. Ik verlang er nu al naar. Misschien krijg ik dan wel koorts met rillen en zo, of zelfs braken. Nog een paar jaar geduld en dan probeer ik het weer, echt ziek zijn. ■

