

## 5. Transparante diabetesfinanciering

*Advies Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) voor eerstelijns Diabetes DBC*

### Status van dit document

Dit document bevat het advies van de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) aan het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) inzake transparante diabetesfinanciering. Het op verzoek van het departement opgestelde advies is totstandgekomen op basis van besprekingen binnen de Federatie en haar lidorganisaties en is ten slotte - na raadpleging van de diverse geledingen - definitief vastgesteld door het NDF-bestuur.

Dit advies is voorbereid door een breed samengestelde NDF-werkgroep, identiek aan de eerdere NDF-werkgroep Zorgstandaard (zie bijlage). De werkgroep is begonnen met het definiëren van de onderdelen van diabeteszorg die voor financiering in aanmerking moeten komen. Deze expertgroep is door het ministerie ingeschakeld in het kader van de opzet van een transmurale Diabetes DBC<sup>1</sup> en heeft gefungeerd met last en ruggespraak van de achterban. Nu met dit advies het inhoudelijke deel is aangeleverd, wordt hierna een voorstel voor verdere uitwerking en financiële opzet door Cap Gemini gemaakt. Deze organisatie was ook betrokken bij de totstandkoming van de intramurale DBC's. Tevens zal het 'Kenniscentrum DBC's' van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) dit 'product' moeten toetsen. Eerder is met het departement afgesproken dat de NDF, na die toetsing door ZN, via haar expertgroep nogmaals zal worden geraadpleegd.

### 1. Inleiding

De basis van 'Goede diabeteszorg' is gelegd met het tot stand komen van de Richtlijnen en adviezen van de Federatie en de NDF-Zorgstandaard. In het NDF-Beleidsplan wordt gewezen op het belang van een **transparante financierings**structuur wanneer er duidelijkheid is over de inhoud van de zorg (Richtlijnen/Zorgstandaard). Verder staat in het Beleidsplan dat naast duidelijkheid over inhoud en financiering ook afspraken over de uitkomsten/kwaliteit van de zorg noodzakelijk zijn.

De financiering van diabeteszorg zou, zoals in de NDF-Zorgstandaard staat aangegeven, productgericht moeten zijn en niet functiegericht.

### 2. Achtergrond

Er zijn veel ontwikkelingen op het vlak van de financiering van de zorg in ons land. Meer marktwerking als drijfveer tot een betere prijs/prestatie verhouding, Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) als 'producttypering' en een op handen zijnde basisverzekering moeten een nieuw en helder financieringssysteem gaan geven. Deze ontwikkelingen worden bedreigd door remmende factoren als onder meer onvoldoende beschikbaarheid van (goede) zorg, een aanwezige (financiële) 'zorgkloof', het remmen van vernieuwingen door het ontbreken van infrastructurele oplossingen in het zorgveld en onmogelijkheden in keuze en beslissingen van patiënten.

---

<sup>1</sup> De term **transmurale DBC** wordt door alle betrokken partijen en organisaties inmiddels niet als de juiste gezien. De NDF stelt daarvoor in de plaats de term **transparante diabetesfinanciering** voor. Hiermee wordt overigens nadrukkelijk bedoeld dat de diabeteszorg zoals die in de NDF-Zorgstandaard en in dit document wordt beschreven in principe in de eerste lijn kan plaatsvinden. Een van de mogelijke benamingen zou 'Eerstelijns Diabetes DBC' kunnen zijn (EDDBC).

De problemen in de diabeteszorg met snel groeiende aantallen patiënten en noodzakelijke verbeteringen ten aanzien de uitkomsten maken een andere opzet en financiering noodzakelijk en passend in het Beleidsplan van de NDF. De NDF heeft daarom al in 2003 de NDF-Zorgstandaard uitgebracht en als subtitel ‘Een eerste voorwaarde voor Goede Diabeteszorg’ gegeven.

Met de brief van de minister van VWS over diabeteszorg (‘Diabeteszorg Beter’; juli 2004) wordt het noodzakelijk om de bouwstenen van ‘Goede diabeteszorg’ verder vorm te geven. Het fundament wordt gelegd door de NDF-richtlijnen en -adviezen en vooral door de NDF-Zorgstandaard. De uitkomsten en de financiering sluiten daar op aan. Daarnaast is eind 2003 besloten om 10 procent van de ziekenhuisbudgetten in onderhandelbare DBC’s te stoppen (zogenoeten Segment B DBC’s) waarbij alle beroepsverenigingen zijn opgeroepen om ten minste één DBC hiervoor te leveren. Zowel de Nederlandsche Internisten Vereeniging (NIV) als de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) hebben diabetes als onderwerp voorgedragen. Invoerdatum voor deze intramurale Diabetes DBC’s (en andere Segment B DBC’s) is 1 januari 2005.

De NDF is niet betrokken geweest bij de totstandkoming van deze tweedelijns DBC.

### 3. Uitgangspunten

Een aantal uitgangspunten is in dit kader van belang:

- **Type 2:** de financiering van diabeteszorg met de onderliggende richtlijn is gebaseerd op type 2 diabetes. Voor type 1 diabetes zijn enkele aanpassingen en voor kinderen/jongeren zijn meerdere aanvullingen op de NDF-Zorgstandaard nodig.
- **Goede diabeteszorg bestaat:** de bestaande zorg moet, waar die goed is, zo doorgaan. Minder goede of slechte diabeteszorg moet worden verbeterd dan wel worden overgelaten aan andere zorgverleners. Regionaal bestaan verschillende voorbeelden van goede diabeteszorg die kunnen worden gebruikt als ‘best-practice’ model. Er zijn geen nieuwe projecten noodzakelijk om uit te wijzen wat goede diabeteszorg inhoudt. Geen van de bestaande voorbeelden wordt momenteel georganiseerd volgens de structuur van fundament-uitkomsten-transparante financiering.
- **Structurele financiering:** waar ‘Goede Diabeteszorg’ bestaat is dat momenteel meestal opgezet in de vorm van een project en wordt dat gerealiseerd door middel van niet-structurele zorgvernieuwingsgelden. Het huidige financieringssysteem is niet ingericht op structurele implementatie van succesvolle diabeteszorgprojecten. Dit geeft duidelijk de noodzaak aan tot verandering van de financiering van de diabeteszorg.
- **Functionies en geen functionarissen:** zoals nadrukkelijk in de NDF-Zorgstandaard staat vermeld, is de kwaliteit/uitkomst van zorg belangrijker dan de functionaris die de zorg uitvoert.
- **Productgerichte financiering:** een transparante financiering op basis van de functiegerichte NDF-Zorgstandaard houdt in dat een productgerichte (en niet instelling of zorgverlener gerichte) financiering wordt ontwikkeld.
- **Taakverschuiving waar mogelijk:** uitgaande van competenties en afspraken, regels en wetten is taakverschuiving van (eerstelijns) artsen naar paramedici essentieel, omdat de groei van diabetes en de noodzakelijke intensiteit van de behandeling dit noodzakelijk maakt.
- **Interdisciplinair overleg:** mede gezien de ontwikkeling van taakverschuiving in de gezondheidszorg dient tijd te worden ingeruimd voor interdisciplinair overleg.
- **ICT integraal onderdeel van de diabeteszorg:** meerdere zorgverleners houden zich bezig met de zorg aan mensen met diabetes. Goede toegankelijkheid van relevante

gegevens aan teamleden en patiënt is daarbij gewenst, waarbij de privacy wordt gewaarborgd.

- **Nulde lijn:** bij taakverschuiving hoort een duidelijke rol en positie van de mens met diabetes en patiëntenvereniging qua taken van educatie en motivatie.
- **Non-muraal:** goede diabeteszorg volgens de NDF is patiëntgeoriënteerd en multidisciplinair. Om dat te bereiken moet rond de medische spil (arts, medische ‘contractant’) een netwerk van andere hulpverleners beschikbaar zijn zonder ‘muren’. Diabeteszorg wordt bij circa 70-80 procent van de patiënten in de eerste lijn gegeven. Diabeteszorg (type 2, NDF-Zorgstandaard) blijft dan ook bij voorkeur een (nulde- en) eerstelijnsvoorziening. Waar de eerstelijnszorg qua opzet, bereikbaarheid en integratie voordelen biedt, moeten in de toekomst wel diverse vormen van diabeteszorg mogelijk zijn die alle voldoen aan de NDF-Zorgstandaard en de vereiste uitkomsten/kwaliteit. ‘Goede diabeteszorg’ kan dan in de eerste lijn plaatsvinden op verschillende wijzen, variërend van een huisarts met praktijkondersteuner tot en met eerstelijns (geïntegreerde) diabetescentra.
- **Tweede lijn:** complexe diabeteszorg, zoals combinaties met andere complexe aandoeningen, is niet opgenomen in de NDF-Zorgstandaard en blijft, op verwijzingsindicaties (NHG-Standaard), een tweedelijns aandoening.
- **Regionale coördinatie van zorg:** het is gewenst dat er regionale coördinatoren komen die de kwaliteit van zorg in de regio inventariseren, bewaken (lacunes aanpakken) en stimuleren. Deze coördinatoren dienen expertise te hebben in de diabeteszorg. Regionaal wordt een structuur gekozen voor deze opzet. Gewezen wordt op de onafhankelijkheid die verzameling, gebruik en verspreiding van deze gegevens moet kenmerken en daarmee mede de structuur ervan vormgeeft.
- **Uitkomsten:** ten aanzien van de uitkomsten van zorg biedt de NDF-Zorgstandaard een eerste opzet van een kwaliteitsprogramma, waarbij diverse parameters zijn genoemd om de kwaliteit van zorg te meten. Een verdere uitwerking hiervan zal door de Federatie spoedig ter hand moeten worden genomen om tot een compleet voorstel te komen. De rol van de NDF hierin is essentieel en voorwaarde. De Federatie vindt dat een kwaliteitsprogramma integraal onderdeel uit maakt van de diabeteszorg. Een landelijke coördinerende rol van een instantie is noodzakelijk. Bij het ontbreken hiervan kan de NDF deze taak (voorlopig) deels opnemen.
- **Psychosociale zorg:** dit overzicht bevat uitsluitend de primaire diabetesteamzorg en niet additionele psychosomatische interventies en verwijzingen.
- **Podotherapie:** podotherapeutische behandelingen zijn nog niet opgenomen in het schema.
- **Educatie en leefstijlaanpassingen:** educatie is een essentieel onderdeel van de diabeteszorg. Er is door de werkgroep gekozen voor een benadering waarbij elke patiënt eerst informatie ontvangt over het ziektebeeld voordat de educatie over leefstijlaanpassing als onderdeel van de behandeling plaats heeft. Daarnaast is er de mogelijkheid om één of meer specifiek onderwerpen verder uit te diepen door middel van aparte modules. Te denken valt aan stoppen met roken, bewegen en voeding en diëtetiek. Dit kan deels groepsgewijs worden aangepakt. De mogelijkheid van modules betekent overigens niet dat deze aspecten als vrijblijvende onderdelen van diabeteszorg gezien kunnen worden. Ze maken in de visie van de NDF een absoluut essentieel onderdeel uit van goede diabeteszorg.

#### 4. Schematische weergave diabeteszorg

De volgende twee schema's geven weer hoe goede diabeteszorg in onderwerp en tijdsinspanning naar de mening van de NDF en haar leden dient te zijn opgebouwd. Zoals in de toelichting vermeld, zijn verschillende mogelijkheden voor een aantal items weer te geven. Dit zal afhankelijk zijn van de competenties van de teamleden en de opbouw van het diabetesteam. Regionaal zullen hier verschillen in bestaan. Goede diabeteszorg kan naar de mening van de NDF bestaan in een spectrum dat varieert van de huisarts die diabeteszorg zelf goed heeft georganiseerd tot en met een eerstelijnscentrum voor diabeteszorg.

Het schema is opgebouwd zoals diabeteszorg in de NDF-Zorgstandaard is weergegeven. Na een fase waarin de patiënt als 'leerling' functioneert zal de mens met diabetes in toenemende mate een deelnemer van het behandelteam zijn. De eerste fase centreert zich in de diagnostische periode en het eerste jaar.

In de opzet van het eerste jaar is het 'jaarlijks onderzoek' niet opgenomen. Dit komt vanaf het tweede jaar aan de orde, nadat bij de diagnose de parameters daarvoor het eerst worden gemeten.

Schema 1

<b>NIEUWE PATIËNT /eerste jaar</b>		<b>aantal min.</b>	<b>aantal minuten</b>	<b>OPMERKING</b>
	<b>% van patiënten<sup>2</sup></b>	<b>tijdsbeslag medicus</b>	<b>tijdsbeslag paramedicus</b>	<b>overlap</b>
<b>Diagnostiek</b>	<b>totaal</b>	<b>40</b>	<b>40</b>	
Diagnose stellen <sup>3</sup>	100%	20	0	
Diagnose meedelen <sup>4</sup>	100%	10	0	
Informatie ziektebeeld <sup>5</sup>	100%	10	40	
<b>Eerste inventarisatie risico's<sup>6</sup></b>	<b>totaal</b>	<b>25-45<sup>7</sup></b>	<b>40-55</b>	
Hart- en vaatziekten	100%	10 tot 20	10	Ja <sup>8</sup>

<sup>2</sup> De **percentages** zullen bij de diagnose veelal 100 procent zijn en alle patiënten omvatten. Voor roken geldt een aangegeven percentage (percentage patiënten dat ten tijde van de diagnose rookt). Vijf tot tien procent van de nieuw gediagnosticeerde patiënten zal al in het eerste jaar wegens onvoldoende verbetering van de hyperglycemie (door onvoldoende effect van leefstijlaanpassingen en/of orale medicatie) op insuline moeten worden gezet.

<sup>3</sup> **Diagnose stellen:** bij vermoeden op diabetes of bij high-risk op diabetes wordt conform de NHG-Standaard via anamnese en bloedonderzoek de diagnose gesteld. Vaak zijn meerdere glucosebepalingen op verschillende tijdstippen gewenst.

<sup>4</sup> **Diagnose meedelen:** slecht nieuwsgesprek met patiënt als diagnose definitief is.

<sup>5</sup> **Informatie ziektebeeld:** arts zal bij aanwezigheid praktijkondersteuner/diabetesverpleegkundige (afhankelijk van de competentie van deze persoon) kunnen volstaan met korte informatie afhankelijk van het beeld/kennis die de patiënt van diabetes heeft alsmede van andere aanwezige pathologie. Daarna verwijzen voor completering en uitvoerige informatie ziektebeeld, gevolgen en behandeling (kennisoverdracht) door de verpleegkundige/diëtist. Kennisoverdracht zou ook in groepsverband kunnen (nulde lijn, rol lotgenoten, DVN), terwijl individuele toepassing/gedragsverandering ook bij de controles eens per drie maanden aan de orde moeten komen.

<sup>6</sup> **Hartvaatziekten:** via anamnese/lichamelijk onderzoek en bloedonderzoek wordt het cardiovasculaire risicoprofiel in kaart gebracht.

**Diabetische voet:** via anamnese en lichamelijk onderzoek aansluitend adviezen ten aanzien van zelfzorg/schoeisel, etc.

**Diabetische retinopathie:** verwijzing en fundusonderzoek.

**Taakdelegatie:** verpleegkundige kan bij voldoende competentie deze taak overnemen.

<sup>7</sup> **Ranges:** bij deze getallen staan ranges: deze minuten kunnen (deels) door paramedicus worden gedaan, maar zijn afhankelijk van de competenties (opleiding/ervaring) van de paramedicus.

<b>NIEUWE PATIËNT /eerste jaar</b>		<b>aantal min.</b>	<b>aantal minuten</b>	<b>OPMERKING</b>
Voeten (onderzoek en verzorging) <sup>9</sup>	100%	10	20	Ja
Ogen	100%	5	0	
Bespreking uitslagen	100%	10 met patiënt 5 met vpl.	10-15	gezamenlijk
<b>Behandeling</b>				
<b>Leefstijl en coaching</b>		<b>30-45</b>	<b>60</b> <sup>10</sup>	<b>aanvullend</b>
Dieet/Voeding (zie voetnoot ix)	100%	5	Zie voetnoot ix	
Beweging	100%	5		
Stoppen met roken <sup>11</sup>	25 tot 30%	5		
Medicamenteus <sup>12</sup>		<b>15-30</b>	<b>15-30</b>	
Glucose, tensie, lipiden	90%	15-30	15-30	aanvullend
<b>Monitoring</b> <sup>13</sup>				

<sup>8</sup> **Overlap** in functies betekent dat afhankelijk van de competentie (opleiding en ervaring) van de paramedicus deze taken deels tot en met vrijwel geheel kunnen worden verschoven in het kader van taakherschikking.

<sup>9</sup> **Voetonderzoek:** bij de diagnose wordt bij voorkeur het eerste voetonderzoek door de medicus gedaan als onderdeel van het lichamelijk onderzoek. Vooral bij het allereerste onderzoek worden veel afwijkingen geconstateerd die tot verwijzing leiden, bijvoorbeeld huidafwijkingen, standafwijkingen (podotherapie), vasculaire problemen (vaatpoli). Daarnaast wordt het belang van voetonderzoek zo benadrukt bij de patiënt. Onbekend is welk percentage in eerste instantie verwezen wordt: waarschijnlijk 10 procent, waarbij in de helft van de gevallen de podotherapeut de voetcontrole zal gaan overnemen.

<sup>10</sup> **Diëtetiek:** dit betreft 1 uur diëtetiek/leefstijladvies. Deze voor goede diabeteszorg absoluut essentiële onderdelen komen terug in de driemaandelijke controle en het jaaronderzoek. Voor intensieve en effectieve begeleiding bij diabetes met/zonder overgewicht is veel meer nodig dan de beperkte diëtetiek inzet bij diagnose en eerste jaar behandeling. Daar waar patiënten intensieve dieetbegeleiding wensen (en gebruiken) kan gebruik worden gemaakt van de nieuwe landelijke regeling die tot een maximum van vier uur diëtetiek vergoedt waarvan ten minste een uur binnen deze afspraken hoort te liggen. Waar mogelijk moet naar de mening van de NDF deze vergoeding ook gelden voor bewegingsadvies en hulp.

<sup>11</sup> **Roken en MIS (Minimale Interventie Strategie):** wordt in principe door huisarts al ter sprake gebracht bij inventarisatie risico's hart- en vaatziekten. Een deel is niet gemotiveerd en volstaat met bezoek huisarts; een ander deel volgt MIS, waarvan een gedeelte weer afhaakt. Waarschijnlijk zal in het eerste jaar 10 procent (een derde van de 30 procent rokers) van de nieuwe patiënten beginnen met MIS via de verpleegkundige. Het volledige programma duurt vier 'stappen', maar kan eventueel gecombineerd worden met gebruikelijke controles (zie ook Richtlijn tabaksverslaving CBO 2003). Helaas doorloopt de helft van de aanvankelijk gemotiveerde mensen alle stappen.

<sup>12</sup> **Behandeling:**

**Medicamenteus:** op grond van risico-inventarisatie start medicamenteuze behandeling van hyperglycemie, hypertensie en dyslipidemie. Om de streefwaarden te halen is vaak frequentere controle dan 1 maal per drie maanden noodzakelijk en overleg met arts.

**Taakdelegatie:** verpleegkundige kan metingen uitvoeren en in overleg met arts beleidsaanpassingen inzetten.

**Leefstijl:** vooral eerste 3 maanden allereerst aanpakken van:

- dieet/voeding/overgewicht;
- beweging stimuleren;
- stoppen met roken (MIS).

De medicus heeft vooral in het eerste jaar bij een nieuwe patiënt vaak contact óf met degene die de leefstijl begeleidt óf met de patiënt zelf om die te motiveren voor deze aanpak.

<sup>13</sup> **Monitoring**

**per 3 maanden:**

- **anamnese en onderzoek** op klachten, glucose, gewicht, tensie, zelfzorg, leefstijl, voeding, etc.;
- in principe bij paramedicus. Wel is nogal eens overleg met arts gewenst, waarvoor dan ook vijf minuten per keer staat gereserveerd.

**Fundusonderzoek:** bij 10 procent van de nieuwe patiënten is 'nieuw' oogheelkundig onderzoek niet nodig wegens al bekend zijn bij oogarts. Oogheelkundige screening kan via foto retina of retinaonderzoek via directe consultatie oogarts.

NIEUWE PATIËNT /eerste jaar		aantal min.	aantal minuten	OPMERKING
Drie maandelijks controles	100%	0	60	
Drie keer paramedicus			20	
Overleg arts paramedicus		3x5	3x5	
Oogheelkundig / fungusonderzoek	90%			
<b>Jaarcontrole (zie schema 2)</b>				
<b>Consultatie expert <sup>14</sup></b>	10% <sup>15</sup>	10	10	
<b>Verwijzing <sup>16</sup></b>	5 tot 10%	20		
<b>Zelfcontrole <sup>17</sup></b>	5-10%	10 <sup>18</sup>	60	aanvullend
Indicatie stellen	5 tot 10%	10		
Uitvoering	5 tot 10%		30	
Bespreken uitslagen	5 tot 10%		30	
Indicatie stellen	5 tot 10%	20		
Instellen op insuline	5 tot 10%		45	ja
Bespreken uitslagen	5 tot 10%	10	45	
Advies voeding	5 tot 10%		45	
Fundusonderzoek <sup>19</sup>	0-5 %			
Tussentijdse evaluatie medicatie	5 tot 10%	10	10	
<b>Evaluatie jaarlijks <sup>20</sup></b>				
(zie schema 2)				

<sup>14</sup> **Consult expert:** het is essentieel om als team  $\geq 1x$  per jaar of halfjaar een categorie patiënten te bespreken met een externe diabetes-expert. Dit kan een internist zijn, een huisarts of een diabetesverpleegkundige met meer dan gemiddelde diabetesexpertise. Bespreking van problemen rond verwijzing over en weer van patiënten voorkomt onnodige overgang naar tweede lijn en heeft een duidelijk leereffect ten aanzien van de behandeling en indicaties tot verwijzing.

<sup>15</sup> **Deel van de patiëntenpopulatie:** lichtgrijze balken betreft getallen die slechts voor een deel van de patiënten van toepassing zijn.

<sup>16</sup> **Verwijzing:** volgens de richtlijnen vast te leggen in (op handen zijnde) Transmurale Werk Afspraken tussen NHG/DiHAG en NIV. Kan overigens ook naar podotherapeut of psycholoog zijn.

<sup>17</sup> **Zelfcontrole:** wordt gestart bij (op handen zijnde) intensivering van de behandeling. Zie NDF-Zorgstandaard. Zelfcontrole moet voor iedereen toegankelijk zijn om de regeling van de diabetes te verbeteren met als voorwaarde dat daar adequate educatie over methode en interpretatie bij inbegrepen is. Betreft tevens overschakeling op insuline, alsmede intensiveringen met meerdere middelen gericht op verbetering en uitstel van insulinebehandeling.

<sup>18</sup> **Intensivering:** dit betreft uitleg en benadrukken van de noodzaak tot intensivering van de behandeling.

<sup>19</sup> **Intensivering/ Insulinetherapie:** extra oogheelkundige consultatie zal frequent noodzakelijk zijn.

<sup>20</sup> **Jaarlijkse evaluatie:** zowel patiënten, zorgverleners als zorginkopers zullen in toenemende mate willen weten hoe de behandeling loopt en hoe deze zich verhoudt tot die van andere patiënten. Dat vereist analyse van geaccumuleerde gegevens, verwerking daarvan in bijvoorbeeld een diabetespas en verzameling en weergave in een jaarverslag of ander kwaliteitsdocument.

Voor de jaarlijkse evaluatie van een huisartspraktijk met circa 80 mensen met diabetes (zowel nieuwe als oude patiënten) wordt gerekend op drie uren tijd van de arts: om het verslag te lezen en in team te bespreken). Per persoon zou het tijdsbeslag 180 minuten/ aantal diabeten= .. minuten zijn. Bij 90 patiënten dus twee minuten per patiënt. Daarbij gaat men er van uit dat een paramedicus het verslag heeft gemaakt.

## 5. Eerdere NDF-uitgangspunten

In het NDF-rapport Beoordeling Kwaliteit van Diabeteszorg wordt uitgegaan van de volgende werkbelasting van Diabetesverpleegkundigen (DVK) en Diëtisten:

één fulltime diabetesverpleegkundige per 400 volwassen diabetespatiënten;

één fulltime in diabetes gespecialiseerde diëtist per 600 volwassen diabetespatiënten.

Op basis van een aantal werkzame uren van 1600 (44 weken van 38 uur exclusief ziekte, inclusief 2 weken onderwijs/ bijscholing) zou dat betekenen dat per DVK 4 uur per patiënt kan worden geïnvesteerd en per diëtist 3 (2.6 uur); dus totaal 6,6 –7 uur per jaar paramedisch handelen per patiënt (nieuw en eerder gediagnosticeerd). Dit getal was gebaseerd op de ziekenhuis situatie en inclusief alle overhead in tijd.

**Schema 2**

Stabiele patiënt > eerste jaar na diagnose				
	% patiënten	Tijd medicus (min)	Tijd Paramedicus (min)	overlap
<b>Behandeling</b> <sup>21</sup>				
<b>leefstijl</b> <sup>22</sup>		<b>10</b>	<b>60</b>	<b>ja:dvk/poh/diëtist</b>
Dieet/voeding (zie voetnoot ix)	100%		50 <sup>1</sup>	
Beweging				
Stoppen met roken	10 %-15%	10	10	
<b>Medicamenteus</b> <sup>23</sup>				
Glucose, tensie, lipiden	<b>95%</b>	<b>10</b>	<b>30</b>	<b>nee</b>
<b>Monitoring</b>				
Drie maandelijks controles <sup>24</sup>	<b>100%</b>		<b>60</b>	<b>nee</b>
	100%	3x5 min		
<b>Jaarcontrole</b> <sup>25</sup>	<b>100%</b>	<b>20-25</b> <sup>1</sup>	<b>20-25</b>	Ja
Voetonderzoek	90%			
Risico's hart- en vaatziekten	100%			
Fundusonderzoek	80%			
Besprekingen uitslagen	100%	5	5	
<b>Consultatie expert</b>	10%	<b>10</b>	<b>10</b>	
<b>Verwijzing</b>	5 tot 10%	<b>15</b>		

<sup>21</sup> **Behandeling:** zie ook schema 1. Ook bij dit schema geldt dat taken kunnen worden overgeheveld naar de paramedicus indien voldoende competentie (opleiding en ervaring) bestaat.

<sup>22</sup> **Leefstijl:** hier zijn twee consulten diëtietiek opgenomen. Zie voetnoot ix Diëtietiek bij schema 1.

<sup>23</sup> **Medicamenteus:** hier wordt bedoeld de extra tijd die noodzakelijk is voor de aanpassingen van medicatie op alle gebieden.

<sup>24</sup> **Monitoring:** dit betreft drie consultaties paramedicus.

<sup>25</sup> **Jaarlijks onderzoek:** bevat ook evaluatie, educatie en motivatie plus:

- voetonderzoek + advies;
- risico's hart- en vaatziekten: via anamnese, lichamelijk en laboratoriumonderzoek;
- fundusonderzoek;
- bespreking uitslagen en vaststellen beleid;
- aanpassing leefstijl/voeding.

Bespreken beleid en uitslagen is taak arts, andere taken paramedicus bij voldoende competentie.

Stabiele patiënt > eerste jaar na diagnose				
	% patiënten	Tijd medicus (min)	Tijd Paramedicus (min)	overlap
<b>Zelfcontrole</b> <sup>26</sup>		<b>10</b>	<b>60</b>	aanvullend
Indicatie stellen	5 tot 10%	10		
Uitvoering	5 tot 10%		30	
Bespreken uitslagen	5 tot 10%		30	
<b>Instellen op insuline</b> <sup>27</sup>		<b>30</b>	<b>135</b>	aanvullend
Indicatie stellen	5 tot 10%	20		
Instellen op insuline	5 tot 10%		45	ja
Bespreken uitslagen	5 tot 10%	10	45	
Advies voeding	5 tot 10%		45	
Patiënt al op insuline	10-20%	10	10	ja
<b>Evaluatie jaarlijks</b>	100	5	15	

<sup>26</sup> **Zelfcontrole:** identiek aan schema 1.

<sup>27</sup> **Insulinetherapie:** extra tijd ten opzichte van de niet-insuline gebruikende patiënten en NA eerste jaar van insulinetherapie.



