

# Beleidsplan

*Goede diabeteszorg voor iedereen:*

*‘van papieren richtlijnen naar dagelijkse praktijk’*

2001-2006

Nederlandse  
**Diabetes**  
Federatie

Beleidsplan 2001 – 2006

Eerste druk: november 2001

*Uitgave*

Nederlandse Diabetes Federatie

postbus 329

3830 AJ Leusden

Fokkerstraat 17

3833 LD Leusden

telefoon (033) 4341980

fax (033) 4341981

e-mail [diabetesfederatie@tip.nl](mailto:diabetesfederatie@tip.nl)

site [www.diabetesfederatie.nl](http://www.diabetesfederatie.nl)

Productie en vormgeving: Herbschleb & Slebos, Hoogland

Druk: Teunissen, Amsterdam

Bindwerk: Meeuwis, Amsterdam

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever, de Nederlandse Diabetes Federatie.

## Voorwoord

De Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) presenteert hierbij het beleidsplan 2001 – 2006 met de veelzeggende titel *Goede diabeteszorg voor iedereen: van papieren richtlijnen naar dagelijkse praktijk*. In 1995 is de Federatie opgericht en heeft in de afgelopen 5 jaar een plaats veroverd in de wereld van de diabeteszorg.

De diabeteszorg zelf moet in Nederland nog in veel opzichten verbeteren. ‘Goede Diabeteszorg’ wordt lang niet aan iedereen gegeven. Naast het ontbreken van relatief simpele organisatorische oplossingen (samenwerking eerste en tweede lijn, opzet diabetesteam, implementatie van richtlijnen, etc), zijn het naar de mening van de Federatie vooral financiële en politieke beperkingen die de diabeteszorg blijven bedreigen. Voorbeelden zijn: geen aandacht voor de enorme toename van diabetes, veel te late diagnosestellingen, geen vergoeding van zelfcontrolemiddelen voor grote groepen mensen met diabetes, slechts educatie aan een beperkt aantal mensen met diabetes door een tekort aan menskracht en middelen; onterechte financiële restricties waardoor de introductie van nieuwe middelen veelal tot een politiek item wordt gemaakt in plaats van een medisch inhoudelijk, enzovoort. De Federatie is weliswaar betrokken bij het overleg met overheid en verzekeraars over deze problematiek, maar krijgt geen of nauwelijks ruimte voor inhoudelijke argumenten vanuit zorgverlener en/of zorgvrager.

In de afgelopen beleidsperiode is een fundament voor ‘Goede Diabeteszorg’ gelegd. Richtlijnen en adviezen zijn, met brede steun en inzet van de betrokken organisaties, geformuleerd en in 2000 zijn tien richtlijnen gepresenteerd in de bundel *Richtlijnen en adviezen voor goede diabeteszorg*. De richtlijnen vormen (samen met de NHG-standaard voor diabeteszorg) de basis voor ‘Goede Diabeteszorg’. Daarnaast is, om implementatie van de richtlijnen te bevorderen, het project Integrale Kwaliteitszorg Diabetes gestart en is de Diabetespas ingevoerd.

In de komende beleidsperiode streeft de Federatie ernaar, dat ‘Goede Diabeteszorg’ niet iets bijzonders is, maar normale zorg is die voor iedereen beschikbaar komt.

Daarvoor is bestendinging van het fundament nodig: Richtlijnen en Adviezen zullen worden geëvalueerd, herzien en uitgebreid. Veel belangrijker is echter de noodzaak van implementatie: 'van papieren richtlijnen naar dagelijkse praktijk'. Om dit te bereiken heeft de Federatie zes doelstellingen geformuleerd die alle te maken hebben met deze implementatie, met noodzakelijke transparantie van de diabeteszorg en haar financiering, met de 'wereld er omheen' en met de rol van de Federatie.

Deze doelstellingen zijn in de huidige gezondheidszorg in Nederland misschien ambitieus, maar desalniettemin bittere noodzaak. Ze zullen zich tot buiten deze beleidsperiode uitstrekken, maar zijn essentieel om langs de ingeslagen wegen verder te gaan en om 'Goede diabeteszorg: de mens met diabetes centraal' voor iedereen mogelijk te maken.

*H.J. Aanstoot, voorzitter  
Leusden, 1 juni 2001*

# Inhoud

<b>1. Inleiding</b>	7
■ Omvang Diabetes Mellitus	
■ Internationale benadering	
■ De komst van de Federatie: de nationale invulling	
<b>2. Wat is de Nederlandse Diabetes Federatie?</b>	10
<b>3. Missie van de Nederlandse Diabetes Federatie</b>	11
■ Wat is goede diabeteszorg?	
■ De mens centraal	
<b>4. Waarom een nieuw beleidsplan?</b>	13
<b>5. Belangrijkste resultaten uit voorgaande (1e) beleidsperiode</b>	14
<b>6. De Nederlandse Diabetes Federatie in de Toekomst</b>	18
Doelstelling 1: Beter en eerder opsporen van diabetes	
Doelstelling 2: Verzekerde toegang tot educatie van zowel zorgvragers als zorgverleners	
Doelstelling 3: Vormgeven en implementeren van geprotocolleerde diabeteszorg	
Doelstelling 4: Bevorderen van toetsing van kwaliteit in de diabeteszorg	
Doelstelling 5: Streven naar adequate financiering van diabeteszorg	
Doelstelling 6: Incorporatie van het project Integrale Kwaliteitszorg Diabetes in het traject naar 'Goede Diabeteszorg'	
<b>7. Beleidsondersteunend onderzoek</b>	28
<b>8. De Federatie als organisatie</b>	29
<b>9. Public Relations</b>	30
<b>Referenties</b>	31



# 1. Inleiding

## Omvang Diabetes Mellitus

Diabetes Mellitus is een progressieve chronische ziekte waarvoor wel behandeling, maar nog geen genezing bestaat. Diabetes is in Nederland één van de meest voorkomende chronische aandoeningen. Het is qua morbiditeit en mortaliteit een ernstige ziekte waarvan de medische, sociale en economische gevolgen groot zijn. Deze problematiek zal de komende jaren door een sterke toename van de ziekte kunnen escaleren indien er geen verbetering komt in de zorg voor mensen met diabetes. De behandeling ten aanzien van de bloedglucoseregeling bestaat uit dagelijkse toediening van insuline en/of orale geneesmiddelen. Te hoge gemiddelde glucosewaarden over langere termijn zijn oorzaak van complicaties aan hart- en bloedvaten, ogen, nieren en voeten. Onderbehandeling verergert in sterke mate het aantal en de ernst van complicaties.

Betrouwbare gegevens over de omvang van de ziekte zijn niet beschikbaar. Er zijn twee hoofdvormen, type-1 en type-2. Beide vormen nemen snel in aantal toe. Bij type-1 zijn de redenen hiervoor niet bekend. De toename van de meest voorkomende vorm, type-2, komt door vergrijzing van de bevolking alsmede door veranderde leef- en eetgewoontes. Opvallend is dat ook het aantal kinderen en tieners met diabetes toeneemt. Er zijn daardoor steeds meer mensen met diabetes die goede diabeteszorg nodig hebben. Geschat wordt dat dit tot 60.000 mensen per jaar in Nederland kan zijn (1).

Bij diabetes kunnen op termijn ernstige complicaties ontstaan. Tijdige herkenning en goede diabeteszorg zijn van het grootste belang ter voorkoming van deze complicaties. Grote onderzoeken hebben dat aangetoond (2, 3). Voor elk gediagnosticeerd mens met type 2 diabetes is er nog iemand bij wie de diagnose nog niet gesteld is, maar de ziekte al wel bestaat en complicaties zich ontwikkelen (4, 5). Het aantal gediagnosticeerden dat insuline of tabletten voor de glucoseregeling gebruikt wordt op dit moment geschat op 375.000 (gegevens Farmacon) en zal aan het eind van de periode van dit beleidsplan minstens een half miljoen bedragen. Dit is exclusief mensen met diabetes die alleen een dieet

gebruiken en exclusief diegenen bij wie de diagnose nog niet is gesteld. Gegevens uit het Landelijk Informatienetwerk Huisartsenpraktijken (LINH) ondersteunen deze aantallen en duiden op een prevalentie van 2,5-3% (6).

### **Internationale benadering**

Op Europees niveau wordt het probleem van het toenemend aantal mensen met diabetes al jaren onderkend. De World Health Organization Europe (WHO-Europe) en de International Diabetes Federation Europe (IDF-Europe) organiseerden in 1989 in de Italiaanse plaats St. Vincenze een bijeenkomst voor vertegenwoordigers van overheden, patiëntenorganisaties en deskundigen op het gebied van diabetes. Deze bijeenkomst leidde tot de 'St. Vincent Verklaring', een ambitieus programma met zowel medische als sociale doelstellingen voor verbetering van de diabeteszorg in Europa (7). De sociale doelstellingen betreffen het verwijderen van alle drempels die het bereiken van een volledige sociale gelijkwaardigheid en normale deelname aan de samenleving in de weg staan. De medische doelstellingen beogen een aanzienlijke vermindering van het aantal complicaties van diabetes, zoals blindheid, nierinsufficiëntie, hart- en vaatziekten, diabetische voet- en beenproblemen en complicaties bij zwangerschap. Medische en sociale doelstellingen kunnen niet los van elkaar gezien worden aangezien complicaties de normale deelname in de samenleving belemmeren. Realisering van het ambitieuze programma vergt een langere termijn en een invulling op nationaal niveau, rekening houdend met de specifieke nationale en zelfs regionale situatie. De doelstellingen van de St. Vincent Verklaring zijn ook door de Nederlandse overheid ondertekend en bij gelegenheid van het 10-jarig bestaan opnieuw door de minister van VWS onderschreven.

### **De komst van de Federatie: de nationale invulling**

Voor Nederland is de praktische vertaling van de St. Vincent Verklaring gemaakt door het Nationaal Diabetes Platform, dat in 1994 het Nationaal Diabetes Actieplan presenteerde en een beroep deed op de primair bij diabeteszorg betrokken partijen om hun verantwoordelijkheid in deze te nemen. Die partijen zijn de beroepsbeoefenaren, de patiëntenbeweging, de overheid en de verzekeraars. Het Nationaal Diabetes Actieplan is voor de Nederlandse Diabetes Federatie na de oprichting in

1995 uitgangspunt geweest voor het eerste beleidsplan. Een aantal van de doelstellingen is bereikt, diverse zijn nog steeds actueel. Binnen de beperkte mogelijkheden van de Federatie met betrekking tot de inzet van menskracht (vrijwel geheel op vrijwillige basis) en financiële middelen en refererend aan de jeugdige leeftijd van de Federatie, is er zelfs veel bereikt.

## 2. Wat is de Nederlandse Diabetes Federatie?

De Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) is een in 1995 opgerichte vereniging die dagelijks gepraktiseerde optimale diabeteszorg nastreeft, waarin de mens met diabetes centraal staat en die voldoet aan de eisen en verwachtingen van zowel de mens met diabetes als van de leveranciers van die zorg. De Federatie is een samenwerkingsverband van organisaties van zorggebruikers (mensen met diabetes) en zorgverleners (diabetesverpleegkundigen en artsen), die op basis van gelijkwaardigheid participeren. Goede diabeteszorg is het gemeenschappelijk belang van de leden. De partners zijn:

- de Diabetesvereniging Nederland (DVN),
- de Eerste Associatie van Diabetesverpleegkundigen (EADV),
- de Stichting Diabetes Education Study Group Nederland (DESG),
- de Diabetes Huisartsen Advies Groep (DiHAG), en
- de Nederlandse Vereniging voor Diabetes Onderzoek (NVDO).

De Federatie kent naast haar lidmaatschap voor rechtspersonen die diabeteszorg als hoofddoel hebben en dit doel niet als commerciële activiteit behartigen, ook het buitengewoon lidmaatschap voor organisaties die zich op not-for-profit of commerciële basis richten op diabeteszorg. De Nederlandse Diabetes Federatie opereert inhoudelijk onafhankelijk en wil aanspreekpunt zijn voor overheden en zorgverzekeraars en tegelijk een breed platform voor allen, die direct of indirect betrokken zijn bij de zorg voor de mens met diabetes.

### 3. Missie van de Nederlandse Diabetes Federatie

De missie van de Federatie luidt:

*Goede diabeteszorg voor iedereen; de mens met diabetes centraal.*

#### **Wat is ‘Goede Diabeteszorg’?**

Goede diabeteszorg is volgens de Federatie gebaseerd op de rapporten van de NDF-werkgroepen Structuur van de Diabeteszorg (8,9) en Kwaliteit van Diabeteszorg (10), alsmede op de *Richtlijnen en Adviezen voor goede diabeteszorg* en op richtlijnen van beroepsgroepen (waaronder de NHG-Standaard). Goede diabeteszorg wordt gekenmerkt door:

- Tijdige herkenning en diagnosestelling van diabetes.
- Multidisciplinaire behandeling met waarborging van de continuïteit van goede diabeteszorg, waarbij de mens met diabetes (waar mogelijk) zelf keuzes maakt en medeverantwoording draagt voor de behandeling en kwaliteit van leven. Gestreefd wordt naar één behandelaar die als coördinator fungeert.
- Verzekerde toegang tot noodzakelijke zorg (inclusief educatie en voorlichting) en genees- en hulpmiddelen.
- De voor de individuele zorgverlening noodzakelijke functies dienen alle op regionaal niveau beschikbaar te zijn.
- De diabeteszorg voldoet aan richtlijnen. Behandelaars werken aan de hand van deze (mede) door de Federatie en/of beroepsorganisaties vastgestelde en geaccordeerde richtlijnen, standaarden en protocollen waarbij in organisatorische zin het belangrijker is dat bepaalde zaken gebeuren dan door wie ze uitgevoerd worden.
- De mens met diabetes draagt door goede educatie en met hulp van de diabetespas bij aan de realisering van de kwaliteit van zijn behandeling (bijvoorbeeld periodieke controles).
- Aan de hand van de richtlijnen kan een afgesproken kwaliteit worden vastgesteld.
- Deze afgesproken kwaliteitsnorm wordt gemeten (monitoring/benchmarking) en zo nodig aangepast of geborgd. De geaggregeerde gegevens van diabeteszorg maken monitoring, evaluatie en certificatie mogelijk. Daarmee wordt diabeteszorg transparant.
- De zorgvrager en zorgverlener beschikken op individueel niveau over gegevens van de behandeling (diabetespas) op basis waarvan de behandeling kan worden geëvalueerd en zonodig aangepast.

Goede diabeteszorg vereist mede een andere manier van denken binnen de gezondheidszorg en komt niet vanzelf tot stand. De Federatie wil en kan door haar centrale rol en door te fungeren als breed aanspreekpunt binnen de diabeteswereld die goede diabeteszorg bevorderen, door zowel de eigen achterban als andere cruciale partijen (overheid en verzekeraars) te motiveren. Uiteindelijk zal die zorg worden getoetst en moeten er zonodig consequenties aan kunnen worden verbonden.

### **De mens centraal**

‘De mens met diabetes centraal’ is essentieel in goede diabeteszorg. *Ieder mens met diabetes moet in staat worden gesteld medeverantwoordelijk te zijn voor zijn diabeteszorg en zijn kwaliteit van leven.* Geen twee mensen zijn gelijk, dus ook twee mensen met diabetes niet. ‘Mensgerichte’ gezondheidszorg (vraaggestuurde zorg) is belangrijker dan ‘maatschappijgerichte’ gezondheidszorg die uitgaat van de gemiddelde mens als grootste gemene deler (aanbodgestuurde zorg). De ontwikkeling naar vraaggestuurde zorg doet zich in de gehele gezondheidszorg steeds duidelijker voor. Binnen het concept van vraaggestuurde zorg bestaat er tussen zorgvrager en zorgaanbieder noodzakelijkerwijze een relatie die gebaseerd is op samenwerking en op erkenning van de ervaringsdeskundigheid van de zorggebruiker. Daarbij wordt uitgegaan van een integrale benadering van de zorgvraag. Voor het verwezenlijken van vraaggestuurde zorg is een goede vraagverheldering van belang.

Drie voorwaarden zijn daarnaast bij vraaggestuurde zorg essentieel:

1. *‘Medeverantwoordelijkheid’* vereist de mogelijkheid van individuele keuzes. Naast een actieve rol van de mens met diabetes moet goede op de persoon afgestemde zorg ook mogelijk zijn voor hen die, om welke reden dan ook, niet in staat zijn om zelf grote medeverantwoordelijkheid te dragen indien de last van diabetes en/of andere ziekten te groot is en eerst hulp en ondersteuning noodzakelijk is.
2. *‘In staat worden gesteld’* betekent dat geen belemmeringen worden gecreëerd door de directe omgeving, behandelaars, overheid, verzekeraars, etc. Het betekent ook een verzekerde toegang tot alle noodzakelijke genees- en hulpmiddelen, een volwaardige voorlichting en educatie, en zonder discriminatie en vooroordelen in het maatschappelijk verkeer.
3. *‘Kwaliteit van leven’* vereist de mogelijkheid van individuele keuzes.

## 4. Waarom een nieuw beleidsplan?

In haar 1<sup>e</sup> beleidsperiode heeft de Federatie de doelen die zij zich gesteld had deels bereikt en deels dichterbij een implementatietraject gebracht. Het accent heeft daarbij gelegen op inventariserende en richtinggevende documenten en op het verwerven van een centrale functie in de diabeteszorg en de beïnvloeding van het beleid. De Federatie zal nu het accent verleggen naar effectieve implementatie in de praktijk van de door haar voorgestane diabeteszorg en naar de consolidatie en actualisering van richtlijnen en adviezen.

Deze verandering wordt gevoed vanuit grote veranderingen in de organisatie en financiering van de gezondheidszorg die de komende jaren op handen zijn. Daarbij verandert het krachtenveld in de zorgsector: op landelijk niveau zal vooral gestuurd worden op kostenaspecten, de verzeßkeraars zullen een steeds belangrijker rol innemen bij de verdeling van gelden, zorgverlenende instellingen krijgen meer vrijheid om keuzen te maken en zorg zal meer vraaggestuurd worden georganiseerd met een belangrijke rol van patiënten /zorgvragers. Verder zullen registratie en uitwisseling van zorggegevens zowel op macro- als op microniveau anders worden vormgegeven: informatie- en communicatietechnologie, toegankelijkheid tot informatie en bescherming van privacy gevoelige informatie vereisen zorgvuldige aandacht. De Federatie zal op deze veranderende externe omgevingsfactoren moeten inspelen.

## 5. Belangrijkste resultaten uit voorgaande (1e) beleidsperiode

### **Rapporten Structuur Diabeteszorg en Structurele behandeling van Diabetes (8,9).**

Een van de eerste activiteiten van de Federatie was de verdere uitwerking van een in de periode van het Nationaal Diabetes Platform gestarte inventarisatie van welke structuur de diabeteszorg in Nederland moet krijgen (Rapport: Structurele behandeling van Diabetes) om de problemen aan te kunnen en daarbij de kwaliteit van zorg te verbeteren. Hieruit is de notitie Structuur Diabeteszorg ontstaan met daarin de op NDF uitgangspunten gebaseerde adviezen en aanbevelingen:

- Regionale structuur
- Beschikbaarheid van financiering
- Aanbevelingen voor de dagelijkse diabeteszorg.

De uitwerking hiervan is in de vorige beleidsperiode gestart en vormt ook de basis voor verdere toekomstige plannen. Het rapport heeft ook de basis gevormd voor het project Integrale Kwaliteitszorg Diabetes (IKD; zie hieronder).

### **NDF/CBO-richtlijnen**

Een samenwerking tussen de NDF en het CBO (Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg) heeft in 1998 geresulteerd in een viertal richtlijnen. Deze hebben betrekking op de aanpak van diabetische nefropathie, diabetische retinopathie, diabetische voet en hart- en vaatziekten bij diabetes mellitus. Van deze richtlijnen bestaan speciale versies (bewerkingen of samenvattingen) voor diabetesverpleegkundigen en voor mensen met diabetes. Het illustreert de instemming van alle bij de diabeteszorg betrokkenen, zoals door de Federatie wordt nagestreefd.

### **Diabetespas**

De diabetespas is ontwikkeld op basis van de NDF/CBO-richtlijnen en de herziene NHG-Standaard Diabetes Mellitus Type 2. De pas stelt mensen met diabetes in staat het daadwerkelijk plaatsvinden van de in de richtlijnen en standaard vermelde periodieke onderzoeken te verifiëren en zo zelf bij te dragen aan een goede diabeteszorg. In de diabetespas worden de periodiek gemeten waarden vastgelegd en vergeleken met de streefwaarden (bijvoorbeeld voor ideaal gewicht, bloedglucosewaarden, bloed-

druk). Deze gegevens zijn belangrijk in het overleg met behandelaars. Daarnaast zijn de voorgeschreven medicatie en belangrijke adressen en gegevens opgenomen. De pas is een belangrijke basis voor toekomstig kwaliteitsbeleid.

### **De bundel Richtlijnen en Adviezen voor een goede diabeteszorg**

Deze bundel is het tastbare resultaat van de werkzaamheden van diverse werkgroepen van de NDF. Het bevat naast de vier NDF/CBO-richtlijnen richtlijnen en adviezen betreffende andere aspecten van diabeteszorg: zelfcontrole van het bloedglucosegehalte, diabetes en zwangerschap, sport en bewegen, voedingsrichtlijnen, diabeteseducatie en psychosociale problematiek. Het is een bijzonder document omdat voor het eerst in Nederland een overzicht is gegeven van een groot aantal gemeenschappelijk geformuleerde streefdoelen en behandelstrategieën met betrekking tot de zorg aan mensen met diabetes mellitus. Het grote draagvlak faciliteert de in gang zijnde brede implementatie in de dagelijkse diabeteszorg. De richtlijnen en adviezen zijn bestemd voor alle betrokken hulpverleners en bevatten uniforme voorschriften voor behandeling en begeleiding. Bovendien bevorderen ze de onderlinge samenwerking.

### **Andere rapporten gericht op kwaliteitsverbetering van de diabeteszorg**

De werkgroep Kwaliteit van de Federatie heeft het rapport Beoordelingsschema Diabeteszorg uitgebracht. Het schema is qua opzet afgestemd op het door de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector gehanteerde model van externe kwaliteitsbeoordeling gericht op certificering in de zorgsector. Met het rapport kunnen zowel zorgaanbieders als externe partijen zicht krijgen op de kwaliteit van de geleverde zorg en of er voldoende aandacht gegeven wordt aan kwaliteitsmanagement.

De werkgroep Kinderen en adolescenten met diabetes mellitus doet in haar rapport, dat dezelfde titel draagt, aanbevelingen om de kwaliteit van deze zorg waaraan vele speciale aspecten zijn verbonden, verder te verbeteren.

### **Het project Integrale Kwaliteitszorg Diabetes**

Dit project is in september 1998 van start gegaan met een formele samenwerking tussen de NDF, de Inspectie voor de Gezondheidszorg en

het ministerie van VWS. Diabetes is de enige chronische aandoening waarbij sprake is van een landelijke samenwerking op zo'n hoog beleidsmatig niveau. In het project wordt uitgegaan van de principes van 'disease management' en 'patiënt-empowerment'. Disease management is het proces waarin een voortdurende verbetering van meetbare resultaten van een behandelingscontinuüm (preventie, diagnostiek, management) van een specifieke ziekte wordt verbeterd. Naast het toepassen van richtlijnen en het gebruik van monitoringsystemen wordt het bevorderen van de positie van mensen met diabetes gestimuleerd (patiënt-empowerment). Het project is daarmee tevens een voorbeeldproject voor andere (chronische) ziekten. De doelstellingen van het IKD-project zijn:

- het bevorderen van een landelijk dekkend netwerk van kwalitatief goede diabeteszorg
- het beter en eerder opsporen van mensen met diabetes
- het versterken van hun positie binnen de diabeteszorg o.a. door verbetering van de patiëntgerichte voorlichting over (de behandeling van) diabetes
- het uitbouwen van samenwerking tussen alle partijen door middel van transmurale zorgprotocollen
- het beter structureren van deskundigheidsbevordering van de betrokken behandelaars
- het ontwikkelen van een structuur voor een gezamenlijk (elektronisch) patiëntendossier (of voor de koppeling van bestaande elektronische patiëntendossiers), zodat patiëntengegevens in de transmurale zorg door meerdere behandelaars kunnen worden gebruikt
- het verder uitbouwen van een benchmark-systeem tot een landelijk gedragen en gebruikt systeem voor de monitoring van diabeteszorg; geaggregeerde gegevens uit dit systeem moeten ook beschikbaar komen voor onderbouwing van (nieuw) beleid
- het opbouwen van regionale praktijkprojecten waarin disease-management concreet wordt vormgegeven
- het opzetten van een permanente evaluatie, waardoor bijsturing mogelijk is.

Er worden voorsnog in 5 regio's, ondersteund door regiocoördinatoren, op experimentele basis activiteiten ontplooid gericht op de IKD-doelstellingen. Het IKD is een voorbeeldproject waarin op veel onderdelen de doelstellingen van de Federatie zijn geïncorporeerd.

### **Genees- en hulpmiddelenbeleid**

Nieuwe geneesmiddelen en nieuwe hulpmiddelen kunnen helpen om de diabeteszorg verder te verbeteren. Tijdige behandeling en verbetering van behandeling voorkomen op lange termijn complicaties. Nieuwe genees- en hulpmiddelen kunnen daarbij van grote waarde zijn. Introductie hiervan wordt echter veelal bemoeilijkt doordat kostenbeheersing op korte termijn de alles overheersende factor is. Ten aanzien van bepaalde (nieuwe) genees- en hulpmiddelen is de Federatie intensief betrokken geweest door overleg met het ministerie van VWS en het CVZ (het College van Zorgverzekeringen).

### **Organiseren van landelijke symposia**

In het kader van het vergroten van het draagvlak voor goede diabeteszorg en om haar visie uit te dragen, organiseert de Federatie in samenwerking met één of meer (buitengewone) leden, iedere twee jaar een landelijk symposium waar beroepsgroepen en ervaringsdeskundigen bij elkaar komen. Na drie succesvolle symposia zal in oktober 2001 het vierde plaatsvinden.

## 6. De Nederlandse Diabetes Federatie in de toekomst

De Nederlandse Diabetes Federatie zal zich in de periode van dit nieuwe beleidsplan blijven inzetten voor de realisering van haar missie, *goede diabeteszorg voor iedereen, met de mens met diabetes centraal*. Om die goede diabeteszorg te bereiken, is het van cruciaal belang om op pro-actieve wijze uitvoering te geven aan de onderstaande doelstellingen die niet los van elkaar gezien kunnen worden. Alle onderdelen grijpen in elkaar bij de realisering van de door de Federatie voorgestane goede diabeteszorg. Het accent zal sterk praktijkgericht zijn en natuurlijk wordt er voortgebouwd op de resultaten van de afgelopen jaren. Het motto van dit beleidsplan is *‘van papieren richtlijnen naar de dagelijkse praktijk’*. Na de richtlijnen en adviezen moeten voorwaarden worden gecreëerd waarmee ‘Goede Diabeteszorg’ ontstaat, transparant wordt, vervolgens kan worden onderworpen aan onderzoek van de afgesproken kwaliteit en tenslotte kan worden geborgd.

**Vanuit dit perspectief naar ‘Goede Diabeteszorg’ en voortbouwend op de resultaten uit de 1e beleidsperiode, zijn de volgende doelstellingen voor de nieuwe beleidsperiode opgesteld.**

### *Doelstelling 1*

#### **Beter en eerder opsporen van mensen met diabetes**

Tijdig diagnosticeren van diabetes vermindert in sterke mate de kans op en de ernst van complicaties als gevolg van diabetes mellitus. Het verduurzaamt de kwaliteit van leven en voorkomt bovendien hoge maatschappelijke kosten op termijn. Met beter en eerder opsporen van mensen met diabetes wordt niet bedoeld op grootschalige bevolkingsscreening, maar op een juiste attitude van artsen en dus alert zijn op klachten die geassocieerd kunnen worden met diabetes en op screening van bepaalde risicogroepen (de huidige methoden missen voldoende sensitiviteit en specificiteit voor bevolkingsscreening). Anderzijds kan ook betere gezondheidsvoorlichting over symptomen die op diabetes kunnen wijzen, de alertheid van mensen die mogelijk al diabetes hebben, verbeteren. Tijdige herkenning van diabetes is in ons zorgsysteem een specifieke taak voor de 1<sup>e</sup> lijn en wordt bemoeilijkt door de grote druk op deze zorgverleners.

*Realisering van de doelstelling vereist de volgende actie:*

**De Federatie zal samen met betrokken beroepsgroepen een richtlijn opstellen over de tijdige diagnostiek van diabetes, gericht op identificatie van risicogroepen. Incorporatie van deze richtlijn zal ook binnen de beroepsopleidingen en nascholingen moeten worden uitgedragen.**

### *Doelstelling 2*

#### **Verzekerde toegang tot educatie van zowel zorgvragers als zorgverleners**

Verzekerde toegang tot educatie is een essentieel onderdeel van goede diabeteszorg. De persoonsgerichte vorm van diabeteszorgverlening vereist een goede informatie en educatie naast de behandeling van de medische problematiek. Primair, en op zeer korte termijn, gaat het om kennis en voorlichting over de ziekte en instructie; in een later stadium zonodig om aandacht voor motivatie aspecten en nieuwe ontwikkelingen. Als voorwaarde voor de verlening van 'Goede Diabeteszorg' dient ook de educatie aan educatoren inhoudelijk (DESG) en financieel gewaarborgd te worden. De kwaliteit van de zorgverlening wordt, naast het handelen conform richtlijnen en protocollen, in belangrijke mate bepaald door de attitude en de opleiding van zorgverleners.

*Realisering van de doelstelling vereist de volgende acties:*

**Het formuleren van inhoudelijke regels en kwaliteitseisen voor educatie, zowel voor educatoren uit de beroepsgroepen als voor educatoren uit de patiëntenorganisaties.**

Educatie is te belangrijk om hier geen eisen aan te stellen binnen het concept van goede diabeteszorg. Met het uitgangspunt in de diabeteszorg van 'de mens met diabetes centraal' vervullen ook educatieve voorlichtings- en discussiebijeenkomsten waarin patiënten als ervaringsdeskundigen informatie geven aan hulpverleners in de diabeteszorg, een essentiële functie. Zowel de bestaande rapportages van de werkgroep Educatie als toekomstige evaluatie van de hierin geuite doelen en principes zijn essentieel voor de komende beleidsperiode. De werkgroep educatie zal hiertoe worden gecontinueerd.

**Meer aandacht voor kennis van diabetes en diabeteszorg in de opleidingen en nascholing van zorgverleners door adviezen voor diabetes gerelateerd onderwijs met nadruk op de implementatie van (NDF en NHG) richtlijnen.**

Het bewerkstelligen dat reeds binnen de studie geneeskunde (en het vervolg daarvan) de inhoud van en aandacht voor het onderdeel diabetes op adequaat niveau is en voldoende actueel. Evenzo dienen de opleidingseisen voor huisartsen, bij diabeteszorg betrokken specialisten, verpleegkundigen en paramedische zorgverleners duidelijk omschreven te zijn. Inzet door en overleg met gerelateerde beroepsorganisaties hierover is essentieel.

### *Doelstelling 3*

#### **Vormgeven en implementeren van geprotocolleerde diabeteszorg**

Een onderdeel van ‘Goede Diabeteszorg’ is het beschikbaar hebben van de juiste zorg op het juiste moment als antwoord op de gestelde zorgvraag. Het *Structuurrapport Diabeteszorg* (8,9) van de NDF biedt hiervoor de uitgangspunten, evenals het *Rapport en Beoordelings-schema Diabeteszorg* van de NDF-werkgroep Kwaliteit (10). De organisatie van een dergelijke zorgverlening vereist een structuur waarbinnen verschillende disciplines met goede, veelal gecoördineerde communicatie samenwerken. De benodigde transmuraal aanwezige expertises moeten direct of op afroep beschikbaar zijn en zonodig als team optreden. Bij goede diabeteszorg wordt deze benadering gewoonlijk aangeduid met de term teambehandeling. Het ‘team’ is geformeerd rondom de mens met diabetes, die zelf deel uitmaakt van het team en ook keuzen maakt in en verantwoordelijkheid draagt voor zijn behandeling en kwaliteit van leven. Teambehandeling is in de reguliere diabeteszorg nog niet structureel geïncorporeerd en nog te veel afhankelijk van tijdelijke financiering via experimentele projecten. Dit verklaart ook een deels verschillende invulling. Landelijke implementatie vereist implementatie van het Rapport en Beoordelings-schema Diabeteszorg (10), dat ondermeer aangeeft waaraan teambehandeling minimaal moet voldoen en hoe diabeteszorg zowel kwalitatief als organisatorisch op niveau kan worden gebracht. Teambehandeling vereist goede afspraken over wélke zorg wáár, waaróm, en door wíe verleend moet worden. Verder moeten de richtlijnen eenduidig zijn.

In het ontwikkelen van geprotocolleerde diabeteszorg zijn reeds belangrijke stappen gezet door het NHG, de NDF en het CBO. Nieuwe ontwikkelingen en bevindingen maken evalueren en aanpassen of geheel vernieuwen van bestaande richtlijnen, protocollen, standaarden, e.d. noodzakelijk. Ook ervaring uit de praktijk speelt daarbij een rol. De Federatie zal daar voortdurend een actueel overzicht over moeten hebben. Gezien de beperkte mogelijkheden van inzet van menskracht, zal ze hierbij keuzes maken en prioriteiten (moeten) stellen en zelf het voortouw nemen bij de ontwikkeling van die richtlijnen en adviezen die een sterk multidisciplinair karakter hebben. Sommige richtlijnen kunnen door de beroepsgroepen worden ontwikkeld, waarbij de Federatie echter wel betrokken wil blijven.

Richtlijnen geven de mogelijkheid om op omschreven criteria te gaan toetsen.

*Verdere ontwikkeling van geprotocolleerde diabeteszorg vereist de volgende acties:*

**Een plan van aanpak gericht op structurele (landelijke) implementatie van persoonsgerichte ‘Goede Diabeteszorg’ (teambehandeling). Uitvoering vereist opname van de IKD-doelstellingen in de reguliere zorgverlening.**

**Een richtlijn voor de opzet van goede diabeteszorg op nationaal niveau: om in de toekomst adequate voorzieningen voor diabeteszorg te garanderen, dient er, op basis van de rapporten van de NDF-werkgroep Kwaliteit, een richtlijn voor de opzet van goede diabeteszorg op nationaal niveau te komen.**

Deze moet, rekening houdende met regionale verschillen in populatiedichtheid en met de algemene en gespecialiseerde zorginfrastructuur, op landelijke schaal normen beschrijven inzake toegankelijkheid, aantallen bij diabeteszorg betrokken specialistische hulpverleners per aantal mensen met diabetes, de minimale praktijkgrootte van op diabeteszorg gerichte poliklinieken en andere behandelcentra, etc. Ook de basisprincipes van diabeteszorg (diabetesteam, polikliniekbezoek, educatiemogelijkheden, etc.) dienen hierin beschreven te worden. De thuiszorg zal hierbij ook aan de orde komen. Daarnaast is speciale aandacht en de

ontwikkeling van een richtlijn nodig voor mensen met diabetes die wonen of langdurig verblijven in verpleeg- en verzorgingshuizen.

**Consolidatie, aanpassing en uitbreiding van bestaande richtlijnen en adviezen zullen van tijd tot tijd inzet van de Federatie vereisen. De eigen infrastructuur zal daar in voorzien door het instellen van een vaste commissie, werkgroep of raad met ondersteuning. Samenwerking wordt, zoals bij het tot stand komen van de eerdere richtlijnen en adviezen, nagestreefd.**

**Stimuleren van de implementatie van richtlijnen en adviezen. ‘Goede Diabeteszorg’ ontstaat niet vanzelf. Een richtlijn of advies dient te worden ontwikkeld waarin de randvoorwaarden en methoden van implementatie worden weergegeven.**

#### *Doelstelling 4*

##### **Bevorderen van toetsing van kwaliteit van diabeteszorg**

Zorgprotocollen (richtlijnen, etc.) en de evaluatie van de effecten van zorgprotocollen zijn essentieel in het proces om te komen tot een systeem van vastlegging van de kwaliteit van de geboden zorg en het stellen en gaandeweg bijstellen van normen voor verlening van goede zorg. Het is een wisselwerking tussen de werkelijkheid in de dagelijkse praktijk en de op dat moment geldende normen en eisen, waarbij de lat hoger wordt gelegd. Dit proces wordt benchmarking genoemd. Hierdoor ontstaat voor zorgvrager en zorgverlener transparantie. Benchmarking maakt deel uit van ‘Goede Diabeteszorg’ en dient structureel gefinancierd te worden.

Het bereiken van transparantie vereist realisering van de doelstellingen van het oorspronkelijke IKD-project (zie pagina 15) waarmee naar verwachting de termijn van dit beleidsplan wordt overstegen. Waar mogelijk wil de Federatie hierop deels vooruitlopen en in deze beleidsperiode aanzetten geven tot het bevorderen van toetsing van richtlijnen en protocollen als een eerste stap naar certificering.

*Deze doelstelling vereist de volgende acties:*

**Vormgeven van en experimenteren met een toetsingssysteem: gebaseerd op beperkte datasets, op vrijwillige ter beschikkingstelling van gegevens, een flexibele manier van aanleveren van die gegevens, gebruik van bestaande diabetesregistratiesystemen en voorlopige beperking tot huisartsen en internisten.**

Zo kan bijvoorbeeld gekeken worden naar toetsbare criteria voor de organisatie van de individuele zorgverlening, naar het jaarlijks onderzoek naar complicaties van diabetes (als procescriterium; met behulp van diabetespas) en naar de effecten van de zorg (HbA<sub>1c</sub> gehalte). Bijzondere aandacht zal besteed worden aan (initiële) vertrouwelijkheid van gegevens, persoonlijke of groepspraktijkresultaten en aan de terugkoppeling van bevindingen. De NDF zal studies door onafhankelijke onderzoeksinstituten naar de inhoud van kwaliteit van diabeteszorg op basis van dergelijke datasets stimuleren. Het is een benadering waar niet de nadelen van intercollegiale toetsing aan kleven. Bovendien kunnen de resultaten gebruikt worden voor de wetenschappelijke onderbouwing van beleidsvoering, richtlijnen, etc.

**Het maken van kwaliteitseffect rapportages en aan de hand hiervan onderhandelen over de implementatie met verzekeraars die hiermee een incentive krijgen om kwalitatief goede diabeteszorg in te kopen (op dit moment zit er aan de gecontracteerde producten van verzekeraars géén kwaliteitstoetsing).**

### *Doelstelling 5*

#### **Streven naar adequate financiering van diabeteszorg**

De financiering van de diabeteszorg kent meerdere problemen.

#### **Vergoeding van noodzakelijk geachte verrichtingen en hulpmiddelen.**

Het gaat hierbij onder andere om periodieke controleonderzoeken, om de kosten voor diabeteseducatie, om zelfcontrolemiddelen voor niet-insuline-gebruikende mensen met diabetes en om de beschikbaarheid van nieuwe geneesmiddelen die de kwaliteit van de diabeteszorg en de kwaliteit van leven van mensen met diabetes mellitus verhogen. Ook de verschillen in interpretatie bij de uitvoering van de overheidsregels, zoals gehanteerd door individuele verzekeraars, zorgen voortdurend voor verwarring en problemen.

## Structurele financiering van alle disciplines binnen een diabetesteam

Diabetesverpleegkundigen vormen een zeer essentieel onderdeel van diabetesteams. Er is veelal geen structurele financiering voor de diabetesverpleegkundigen. In mindere mate geldt dit voor andere paramedische functies.

## Ontwikkelingen in het zorg- en verzekeringsstelsel

Binnen de termijn van dit beleidsplan worden grote wijzigingen in het zorg- en verzekeringsstelsel verwacht (11). Bovendien is een sterke toename van het aantal mensen met diabetes te verwachten.

Eén van de grootste veranderingen zal de ombouw zijn van aanbodgestuurde zorg naar vraaggestuurde zorg, wat voor verzekeraars niet noodzakelijkerwijs hetzelfde betekent als voor de Federatie of de mens met diabetes. Bij gemiddeld wat extra geëmancipeerde zorgconsumenten als mensen met diabetes (vooral ook vanwege de noodzaak tot zelfzorg) zal bij toenemend kwaliteitsbeleid meer op eigen initiatief gebruik worden gemaakt van verschillende zorgfaciliteiten.

Verder zullen de verzekeraars een andere en steeds belangrijkere rol innemen. Idealiter zal een verzekeraar bij voorkeur zorg inkopen die kwalitatief vastligt. Zorgverzekeraars Nederland, de koepelorganisatie van zorgverzekeraars, is om die reden dan ook geïnteresseerd in het programma van de Federatie. De richtlijnen kunnen functioneel zijn ten aanzien van de invoering (vanaf 2003) van zogenaamde Diagnose Behandel Combinaties (DBC's). Deze DBC's moeten een instrument worden bij het inkopen van zorg. Aan elke vorm van zorg wordt een prijskaart gehangen op basis van een aantal aspecten als ziekenhuiskosten, gebruik medicamenten, ligdagen, etc.. Diabeteszorg zal dan een eigen DBC krijgen. DBC's zijn vooralsnog voor de 2e lijn bedoeld. Diabetes speelt zich echter voor een zeer groot deel af in de 1e lijn / huisartsenpraktijk en is bovendien bij uitstek een transmurale activiteit. De Federatie zal zich inzetten om de DBC's voor goede diabeteszorg volgens NDF-richtlijnen van 'Goede Diabeteszorg' te realiseren. De ontwikkelingen in de financiering van de zorg zijn daarmee voor de Federatie een extra stimulans om richtlijnen en kwaliteitsbeleid tot prioriteit te maken.

*Acties zijn vereist op de volgende terreinen:*

### **Instelling van een werkgroep Financiering diabeteszorg die structureel overleg voert met de verzekeraars (en andere partners) over financiering van 'Goede Diabeteszorg'.**

Er wordt te veel gehandeld in het kader van kostenbesparing op korte termijn en te weinig op het voorkomen van ernstige complicaties en hoge kosten op langere termijn. Onderstaande twee punten verdienen in dit verband een aparte vermelding:

- Overleg met verzekeraars over *structurele financiering van de diabetesverpleegkundige* als essentieel zorgverlener in het diabetesteam.
- *Het bevorderen van structurele financiering van alle andere noodzakelijke disciplines/verrichtingen binnen de diabetesteams* door middel van overleg met overheid, verzekeraars en relevante koepelorganisaties.

Het recente initiatief van samenwerking tussen Zorgverzekeraars Nederland en de Federatie in de werkgroep *Diabeteszorg en DBC-registratie* past hier uitstekend in.

### **Bestendigen en uitbreiden van activiteiten van de werkgroep genees- en hulpmiddelen.**

Waar bovengenoemde werkgroep vooral een visie naar de toekomst heeft, blijkt bij het huidige beleid een actieve en waakzame opstelling noodzakelijk. De werkgroep genees- en hulpmiddelen heeft hierin een belangrijke taak. De komst van nieuwe genees- en hulpmiddelen en de suggestie van de minister van VWS tot een behandelprotocol rond de medicatie bij type-2 diabetes vereisen nieuwe NDF activiteiten.

#### *Doelstelling 6*

#### **Incorporatie van het project Integrale Kwaliteitszorg Diabetes in het traject naar goede diabeteszorg**

De Federatie heeft de IKD-doelstellingen omarmd omdat deze dicht liggen bij de doelstellingen van de Federatie en het motto van dit beleidsplan. Het is om die reden dat de Federatie de continuering en incorporatie van het IKD-project in het traject naar normale diabeteszorg (= goede diabeteszorg zoals door de Federatie geformuleerd) tot een doelstelling in dit beleidsplan heeft gemaakt. Het IKD-project is, mede door de samenwerking van belangrijke partijen, bovendien van groot belang

doordat het een voorbeeldfunctie vervult in de ontwikkeling van persoonsgerichte zorgverlening (disease-management).

*Het IKD-project is volgens de Federatie de regionale wegbereider naar 'Goede Diabeteszorg'* (zie pagina 11). Het project is financieel gegarandeerd tot 01-01-2002. De rapportage aan het eind van dit jaar zal een 'atlas' van diabeteszorg leveren waarin ook aangegeven wordt waar in Nederland probleemgebieden bestaan (wáár gaat het niet goed?) alsmede wat de probleemonderwerpen zijn (wát gaat er niet goed?). Plaatsen met – of dichtbij – 'Goede Diabeteszorg' moeten als voorbeeld dienen voor plaatsen waar verbetering moet plaatsvinden ('best practice model').

Binnen het IKD-project is de noodzaak van beschikbaarheid van informatie- en communicatie technologie (ICT) in de gezondheidszorg erkend. Voor het streven naar kwalitatief hoogwaardige en transparante zorg is meting of benchmarking van de zorg essentieel. De gemeten resultaten en uitkomsten van deze zorg komen beschikbaar als gegevens voor patiënt en behandelaar (individuele gegevens) en als geanonimiseerde geaggregeerde data voor organisaties die onderzoek doen en beleid ontwikkelen.

Via het ICT-Platform Zorg (IPZ) wordt ICT ontwikkeling in de zorg gestimuleerd. Het IKD-project is in de doelstellingen van het IPZ opgenomen als voorbeeld van een uit te werken ziektespecifiek project. Bij de uitwerking heeft de Federatie de verdere ICT-ontwikkeling van de *Diabetespas* ingebracht als project. Hierbij moet de pas naast elektronisch '*portable document*' (gegevens overbrengen tussen verschillende echelons, behandelaars etc) ook dienen als educatie-instrument, als middel om kwaliteitsgegevens te verzamelen (transparantie en kwaliteitsinstrument) en om inzicht te krijgen in de omvang van diabeteszorg en gerelateerde problemen (beleidsondersteunend instrument). Zorgvuldigheid rond het verzamelen en het gebruik van deze gegevens is uiteraard een essentieel onderwerp binnen dit traject.

*De NDF zal daarom in de komende beleidsperiode ten aanzien van het IKD project de volgende doelen nastreven:*

**De NDF zal zich inspannen om de continuering van het project Integrale Kwaliteitszorg Diabetes te waarborgen.**

**Transparantie en meting van diabeteszorg is uiteindelijk alleen op grote schaal mogelijk als ICT infrastructuur beschikbaar komt, zoals voorgesteld is en thans uitgewerkt wordt binnen het IPZ project. Een blijvende werkgroep rond de Diabetespas en ICT is noodzakelijk.**

## 7. Beleidsondersteunend onderzoek

Binnen de bestaande gremia voor programmering en financiering van wetenschappelijk onderzoek wordt aandacht besteed aan vele aspecten van diabetes mellitus. Ter onderbouwing van te voeren beleid in de diabeteszorg dat gericht is op wat de NDF met 'Goede Diabeteszorg' bedoelt, is behoefte aan zorgonderzoek maar ook onderzoek gericht op het ontstaan, voorkomen en genezen van elke vorm van diabetes mellitus is van groot belang. Hoewel de NDF zelf niet betrokken is bij keuzen, financiering en uitvoering, worden initiatieven daartoe, waar mogelijk, gestimuleerd.

Het gaat daarbij met name om onderzoek naar implementatie en evaluatie van nieuwe elementen in de diabeteszorg (bijvoorbeeld invoeren van richtlijnen, de diabetespas, nieuwe behandelingstechnieken, andere wijze van financiering van diabeteszorg of andere kwaliteitseisen), om onderzoek naar de kwaliteit van leven van mensen met diabetes, om sociaal-economisch en kosten-baten onderzoek en om onderzoek naar epidemiologie van diabetes en naar registratie systemen ten behoeve van uitwisseling van patiëntengegevens en monitoring. Wat dit laatste betreft zal de Federatie een belangrijke rol kunnen vervullen bij de opzet, uitwerking en instandhouding van een registratiesysteem dat zowel vragen uit de diabeteszorg als vragen rond basaal en toegepast wetenschappelijk onderzoek kan helpen. Verdere uitwerking van de doelstellingen van de Federatie in de komende beleidsperiode vereisen een standpunt rond het gebruik van dergelijke, door of met de Federatie gegenereerde of bewaarde data. De Federatie kan onderzoeksvragen ter onderbouwing van haar beleid, en om beter uitvoering te kunnen geven aan haar doelstellingen, concretiseren en zich inzetten om uitvoering te bewerkstelligen.

## 8. De Federatie als organisatie

De Federatie is een kleine organisatie met een ambitieus programma en heeft de ambitie de doelstellingen van dit beleidsplan te realiseren. Uitvoering vereist inzet van menskracht, tijd en geld. De huidige personele inzet wordt vrijwel volledig geleverd door het vrijwillige (kern)-bestuur, een coördinator en een secretariële kracht. De reguliere inkomsten bestaan met name uit contributie-inkomsten en sponsorbijdragen. Om slagvaardig en met professioneel gezag te kunnen opereren in het krachtenveld van diabeteszorg dat vrijwel geheel door grote professionele organisaties wordt bevolkt, zal de Federatie zijn interne structuur en financiële armslag naar vermogen aanpassen. Wel is de Federatie van mening dat de onafhankelijkheid van het bestuur gediend is bij een niet-gehonoreerd bestuurslidmaatschap.

Bestuurlijk betekent dat in de komende beleidsperiode:

- een bredere verdeling van verantwoordelijkheden en aandachtsvelden
- ontwikkelen van visie ten aanzien van het lidmaatschap van andere georganiseerde beroepsgroepen om lid te worden als federatiepartner
- onderzoek naar de mogelijkheden tot verdere professionalisering (uitbreiding coördinatorschap en/of beleidsmedewerkers; adequate secretariële ondersteuning)
- ondersteunen van de taken van het bestuur met inhoudelijke of coördinerende expertise en/of de mogelijkheid specifieke expertise op tijdelijke basis in te huren
- adequate huisvesting.

## 9. Public Relations

Een belangrijke functie in de PR van de Federatie vormen symposia, thans vormgegeven door het organiseren van de Nederlandse Diabetes Dagen.

Daarnaast zijn van groot belang het, mondeling of schriftelijk, uitdragen van de visie en doelen van de Federatie op cruciale momenten en bij belangrijke organisaties, partijen en groeperingen die betrokken zijn bij beleidsmatige beslissingen welke de belangen van de mens met diabetes aangaan. Met de leden/sponsors zal een intensievere communicatie worden nagestreefd.

## Referenties

1. de Vegt F, Dekker JM, Jager A, Hienkens E, Kostense PJ, Stehouwer CD, et al. Relation of impaired fasting and postload glucose with incident type 2 diabetes in a Dutch population: The Hoorn Study. *Jama* 2001;285(16):2109-13.
2. DCCT study group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. The Diabetes Control and Complications Trial Research Group [see comments]. *N Engl J Med* 1993;329(14):977-86.
3. UKPDS study group. United Kingdom Prospective Diabetes Study 24: a 6-year, randomized, controlled trial comparing sulfonylurea, insulin, and metformin therapy in patients with newly diagnosed type 2 diabetes that could not be controlled with diet therapy. United Kingdom Prospective Diabetes Study Group . *Ann Intern Med* 1998;128(3):165-75.
4. Heine RJ, Mooy JM. Impaired glucose tolerance and unidentified diabetes. *Postgrad Med J* 1996;72(844):67-71.
5. Heine RJ. Diabetes in the next century: challenges and opportunities. *Neth J Med* 1999;55(6):265-70.
6. Grauw W de, The impact of type-2 diabetes mellitus in general practice, Nijmegen 2000, thesis.
7. Editorial. Diabetes care and research in Europe: the Saint Vincent declaration. *Diabet Med* 1990;7(4):360.
8. Nederlandse Diabetes Federatie, NDF . Structurele behandeling van Diabetes. Amersfoort: NDF; 1995.
9. Nederlandse Diabetes Federatie, NDF . Structuur Diabeteszorg. Amersfoort: NDF; 1997.

10. Nederlandse Diabetes Federatie, NDF . Beoordelingsschema  
Diabeteszorg. Rapport van de werkgroep kwaliteit. Leusden; 2000.
11. Beweging in de Zorg: Krachten en ontwikkelingen binnen het stelsel.  
Den Haag; Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport; 2000.