

Kwaliteitscriteria voor optimale en doelmatige inzet insulinepomptherapie en hulpmiddelen

Consensusdocument

NDF Amersfoort, April 2015



© NDF – Jacques Jullens

Verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid

Het consensusdocument 'Kwaliteitscriteria voor optimale en doelmatige inzet insulinepomptherapie en hulpmiddelen' maakt deel uit van een serie adviezen voor goede diabeteszorg van de Nederlandse Diabetes Federatie, zie ook www.zorgstandaarddiabetes.nl/richtlijnen-diabeteszorg-en-preventie.

Voor de ontwikkeling van dit consensusdocument heeft de NDF een multidisciplinaire werkgroep ingesteld waarin ook mensen met diabetes vertegenwoordigd zijn. Het consensusdocument en de hierin opgenomen adviezen zijn met zorg samengesteld en al het mogelijke is gedaan om de beschreven informatie juist weer te geven. Er is hierbij gebruik gemaakt van de meest actuele informatie en inzichten. De NDF kan geen enkele aansprakelijkheid aanvaarden voor de gevolgen die uit het gebruik van deze richtlijn en adviezen kunnen ontstaan. De behandelaar blijft zelf verantwoordelijk voor de inhoud, uitvoering en gevolgen van zijn/haar zorg.

Het intellectuele eigendom van het consensusdocument berust bij de NDF. De werkgroep stelt zich open voor attentie op (vermeende) fouten in de opmaak of inhoud van het consensusdocument.

Gebruikmaking van de teksten voor commerciële doeleinden is niet toegestaan zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de NDF.

Te citeren als:

Consensusdocument 'Kwaliteitscriteria voor optimale en doelmatige inzet insulinepomptherapie en hulpmiddelen'. Nederlandse Diabetes Federatie, Amersfoort. April 2015

Nederlandse Diabetes Federatie
Stationsplein 139
3818 LE Amersfoort
Tel: 033-4480845
Email: info@diabetesfederatie.nl



Inhoudsopgave

Achtergrond en aanleiding.....	3
Werkwijze.....	3
NDF Zorgstandaard.....	4
Indicatiestelling.....	4
Landelijke kwaliteitscriteria.....	5
Transitiefase.....	15
Implementatie.....	16
Tijdsplanning.....	17
Advies voor financiering.....	17
Bijlage 1.....	18
Bijlage 2.....	20
Bijlage 3.....	27
Bijlage 4.....	30

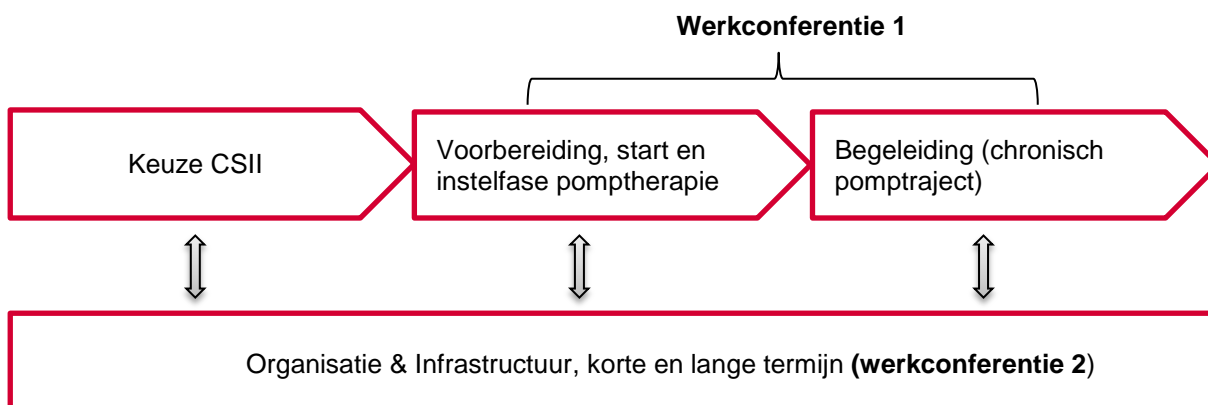
Achtergrond en aanleiding

Het Zorginstituut Nederland (voorheen College voor Zorgverzekeraars - CVZ) was voornemens om de insulinepomp van hulpmiddelenzorg naar medisch-specialistische zorg over te hevelen. Het veld voorzag daarbij belangrijke knelpunten en heeft het Zorginstituut er op gewezen dat dit ten koste zal gaan van de kwaliteit en de doelmatigheid van deze hoogtechnologische diabeteszorg en dat de keuzevrijheid van de patiënt er ernstig door in het geding zou kunnen komen.

Het Zorginstituut heeft de veldpartijen vervolgens gevraagd om uit te werken hoe optimale en doelmatige zorg rond insulinepomptherapie en hulpmiddelen er uit zou moeten zien en welke consequenties dit vervolgens heeft voor de organisatie en infrastructuur. Dit om een goed beeld te krijgen welke vorm van bekostiging het meest ondersteunend is voor optimale en doelmatige insulinepomptherapie in Nederland.

Werkwijze

De veldpartijen hebben, onder de vlag van de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF), in februari 2014 een visiedocument geschreven over de toekomst van insulinepomptherapie en deze visie is uitvoerig besproken met het Zorginstituut, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), DBC Onderhoud en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). De visie in dit document werd onderschreven door het Zorginstituut en zij heeft de veldpartijen, onder aanvoering van de NDF, gevraagd om de visie concreet uit te werken, waarbij zij zich committeerden om tot die tijd de geplande overheveling 'on hold' te zetten. Met behulp van financiering vanuit ZN, NDF en Diagneed is er, onder projectleiderschap van de NDF, een traject gestart om deze visie te vertalen naar concrete kwaliteitscriteria voor insulinepomptherapie. Het voorliggende consensusdocument bevat deze landelijke kwaliteitscriteria en beschrijft eveneens de noodzaak van een transitiefase waarin randvoorwaardelijke zaken verder worden ontwikkeld en er ruimte gecreëerd wordt voor ziekenhuizen/behandelcentra om volgens deze landelijke kwaliteitscriteria te gaan werken.



NDF werkgroepen met daarin patiënten, zorgverleners, fabrikanten, leveranciers en een vertegenwoordiger van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) hebben de kwaliteitscriteria inhoudelijk ontwikkeld. In twee werkconferenties (op 10 oktober en 21 november 2014) werden de criteria voorgelegd aan een breder publiek en werd gediscussieerd over inhoudelijke dilemma's. Tijdens de werkconferenties werd duidelijk dat er een breed draagvlak is bij alle betrokkenen voor deze landelijke kwaliteitscriteria en werd de overtuiging uitgesproken dat, gekoppeld aan de nieuwe richtlijnen met duidelijke indicatiestelling, de voorgestelde criteria een enorme kwaliteitsverbetering voor insulinepomptherapie in Nederland zullen bewerkstelligen.

NDF Zorgstandaard

De NDF Zorgstandaard vormt van oudsher de norm voor diabeteszorg en -preventie in Nederland en beschrijft waaraan deze zorg inhoudelijk en organisatorisch moet voldoen. De NDF Zorgstandaard baseert zich hierbij op de richtlijnen, die vanuit de verschillende beroepsgroepen (mono- of multidisciplinair) zijn opgesteld. De NDF Zorgstandaard is geautoriseerd door alle leden van de NDF (zorgverleners, patiënten en wetenschappers) en wordt voortdurend up-to-date gehouden. De NDF Zorgstandaard beschrijft deze landelijke norm nadrukkelijk op hoofdlijnen. Vanuit het veld neemt de behoefte toe om bij die algemene norm in de NDF Zorgstandaard duidelijker te specificeren wanneer er sprake is van optimale kwaliteit van zorg. Het Zorginstituut heeft eveneens aangegeven het zeer wenselijk te vinden wanneer veldpartijen zelf formuleren aan welke criteria goede (diabetes)zorg moet voldoen, omdat zij dan ook die kwaliteit weer kunnen toetsen op die door het veld gedragen criteria. De Zorgstandaard blijft de landelijke norm, maar krijgt meer handen en voeten in de vorm van kwaliteitscriteria rond specifieke onderdelen van die diabeteszorg. Met voorliggend consensusdocument wordt, specifiek voor insulinepomptherapie en de daarbij horende hulpmiddelen, een specificering van de NDF Zorgstandaard gerealiseerd in de vorm van landelijke kwaliteitscriteria voor deze hoog-complexe diabeteszorg. In dit document gaat het louter over pomptherapie waarbij insuline wordt toegediend, situaties waarbij een ander medicament via de pomp wordt toegediend vallen buiten de scope van dit document.

Indicatiestelling

De eerste stap op weg naar doelmatige en optimale insulinepomptherapie is een duidelijke indicatiestelling, zodat alleen die patiënten insulinepomptherapie krijgen, die ook echt een indicatie hebben. Hiermee wordt oneigenlijk gebruik van deze dure vorm van therapie tegengegaan. Indicatiestelling vindt plaats op basis van de door de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) en de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) opgestelde richtlijnen voor insulinepomptherapie (de NIV heeft al een richtlijn; zie hiervoor www.internisten.nl, de richtlijn van de NVK wordt parallel aan dit traject ontwikkeld en is medio 2015 gereed).

Behalve indicaties en contra-indicaties op basis van deze richtlijnen, is het belangrijk om de voor- en nadelen van pomptherapie voor iedere individuele patiënt met zorgvuldigheid af te wegen. Is pomptherapie voor deze patiënt wel echt de beste keuze? Kennis en vaardigheden, maar ook motivatie en therapietrouw zijn aspecten die meegewogen dienen te worden in de keuze om daadwerkelijk dit traject gezamenlijk in te gaan. Al deze afwegingen resulteren in een onderbouwde keuze voor het starten van insulinepomptherapie door de behandelend medisch specialist in nauw overleg met de patiënt en met ouders¹ in geval van (jonge) kinderen. De indicatiestellingen in de (nieuwe) richtlijnen en de zorgvuldige afweging daarna van de geschiktheid van pomptherapie en de voor- en nadelen ervan voor iedere individuele patiënt, zullen er toe bijdragen dat de juiste mensen in aanmerking komen voor insulinepomptherapie, wat de doelmatigheid van deze dure zorg ten goede zal komen.

¹ Als er gesproken wordt over ouders in dit consensusdocument, worden indien van toepassing ook de verzorgers bedoeld

Landelijke kwaliteitscriteria

Alle betrokkenen willen optimale insulinepomptherapie in Nederland, maar hoe garandeer je dat de kwaliteit van insulinepomptherapie bij alle ziekenhuizen/behandelcentra die deze zorg aanbieden ook daadwerkelijk optimaal is? Het opstellen van landelijke kwaliteitscriteria voor insulinepomptherapie biedt die garantie, mits de criteria ook geïmplementeerd worden in de dagelijkse zorgpraktijk en er sprake is van een systeem van toetsing om de vrijblijvendheid er af te halen.

Deskundigen vanuit alle betrokken partijen (patiënten, zorgverleners, fabrikanten, leveranciers en zorgverzekeraars) hebben, in nauw overleg met hun achterban, landelijke kwaliteitscriteria voor insulinepomptherapie opgesteld en vervolgens zijn deze criteria in twee werkconferenties voorgelegd aan het veld voor draagvlak.

Hieronder zijn de landelijke kwaliteitscriteria voor insulinepomptherapie, waarover tijdens de werkconferenties consensus is bereikt, puntsgewijs beschreven. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen:

- 1) Kwaliteitscriteria voor de voorbereiding, start en instelfase van insulinepomptherapie
- 2) Kwaliteitscriteria voor de begeleiding tijdens de chronische fase van insulinepomptherapie
- 3) Kwaliteitscriteria voor de organisatie en infrastructuur van insulinepomptherapie

Bij 1: Kwaliteitscriteria voor de voorbereiding, start en instelfase van insulinepomptherapie

Goede gerichte voorlichting (bestaande uit instructie, informatie, educatie) aan de patiënt/ouder, is noodzakelijk om veilig gebruik van een insulinepomp te waarborgen en de behandelresultaten te optimaliseren. Het heeft alleen maar zin om patiënten op insulinepomptherapie te laten overgaan als zij over de benodigde kennis en vaardigheden beschikken om de insulinepomp en hulpmiddelen op verantwoorde en doeltreffende wijze te gebruiken. Hierin is het voortraject dat de patiënt/ouder doorlopen heeft van wezenlijk belang.

Op uitzonderingen na is het uitgangspunt dat een patiënt gebruik maakt van Multiple Daily Injection (MDI) alvorens overgegaan wordt op insulinepomptherapie. Om de kans van slagen met insulinepomptherapie te vergroten dient tijdens de behandeling met MDI een traject te hebben plaatsgevonden waarin, samen met de patiënt, probleemanalyses zijn gemaakt en hierop benodigde instructie, informatie, educatie en begeleiding is gegeven door de diverse leden van het diabetes behandelteam. Samen met de patiënt wordt met behulp van alle beschikbare kennis en middelen onderzocht wanneer insulinepomptherapie een toegevoegde waarde zou kunnen hebben. MDI is een traject waarvoor eigen kwaliteitsnormen en een eigen tijdsinvestering gelden.

Aan onderstaande kwaliteitscriteria dient te worden voldaan:

a) Er is voldaan aan de voorwaarden om te mogen starten met insulinepomptherapie

De indicaties in de richtlijnen zijn de basis om te mogen starten met insulinepomptherapie, vervolgens spelen echter ook de volgende zaken mee: is de patiënt/ouder gemotiveerd, heeft hij voldoende ziekte-inzicht en verantwoordelijkheidsgevoel, is hij capabel genoeg, is hij therapietrouw, is er geen sprake van een onoverkomelijke taalbarrière en heeft de patiënt voldoende koolhydratenkennis? Al deze zaken dienen aan de orde te komen om een afgewogen beslissing te kunnen maken of insulinepomptherapie voor die individuele patiënt de beste keuze is.

b) Er zijn duidelijke en concrete individuele behandeldoelen vastgesteld

Als insulinepomptherapie geïndiceerd is volgens de richtlijnen en er een afgewogen beslissing genomen is dat het voor die specifieke patiënt ook echt de beste keuze is, worden er individuele behandeldoelen opgesteld die bereikt moeten worden met de therapie. Het algemene doel van pomptherapie is het optimaliseren van de glucoseregulatie. Daarnaast worden er per patiënt individuele doelen opgesteld. Deze individuele behandeldoelen worden door de patiënt/ouder en zorgverleners in gezamenlijkheid geformuleerd en adequaat vastgelegd (zie afspraken format in bijlage 1)

Voorbeelden (niet limitatief) van individuele behandeldoelen kunnen zijn:

- verlaging HbA1c met x%
- verlaging aantal hypoglycemieën met x%
- verlaging aantal hyperglycemieën met x%
- voorbereiding en optimaal doorlopen van een zwangerschap
- verbetering van kwaliteit van leven (opmerking: hierbij kan het behandelteam samen met de patiënt bepalen hoe dit te meten).

c) Er vindt voldoende overleg plaats

Er vindt voldoende overleg plaats tussen behandelteam en patiënt/ouder, waaruit de verwachtingen, voor- en nadelen en consequenties ten aanzien van insulinepomptherapie duidelijk worden. De voorgenomen pompstart wordt altijd besproken in het multidisciplinair overleg (MDO) op basis van de eerder genoemde voorwaarden voor pompstart. Het MDO bestaat uit kinderarts/internist, (kinder)diabetesverpleegkundige, diëtist en medisch psycholoog².

Uitgangspunt is een proactieve houding van de patiënt. Het doel is altijd zorg op maat. Hieruit vloeit voort dat er geen aantallen of frequenties van consulten vastgelegd zijn in dit consensusdocument, maar dat het aantal consulten wordt aangepast aan de noodzaak en de behoefte van de patiënt/ouder.

d) Er worden duidelijke wederzijdse afspraken gemaakt tussen behandelteam en patiënt/ouder

Patiënt en zorgverleners leggen niet alleen de individuele behandeldoelen vast, maar ook de afspraken die ze beide maken om die behandeldoelen te behalen. De consequenties van het niet naleven van de gemaakte afspraken dienen helder te zijn en uitgevoerd te worden als de situatie daarom vraagt.

Voorgaand genoemde behandeldoelen en de wederzijdse afspraken kunnen worden vastgelegd in het 'afspraken format patiënt-behandelteam' tussen behandelteam en patiënt/ouder (zie bijlage 1). Dit afsprakenformat kan gebruikt worden voor zowel nieuwe als bestaande patiënten.

e) Er wordt een adequate educatie/voorlichting gegeven gericht op de voorbereiding, pompstart en instelfase, waardoor de benodigde kennis, vaardigheden en competenties bij de patiënt/ouder aanwezig zijn om te kunnen starten met insulinepomptherapie

Het behandelteam en patiënt/ouder hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid om ervoor te zorgen dat de nodige kennis, vaardigheden en competenties van de patiënt/ouder om te starten met insulinepomptherapie aanwezig zijn. Als leidraad voor deze educatie en voorlichting is een checklist insulinepomptherapie ontwikkeld, bestaande uit een viertal domeinen, nl. motivatie, ziekte-inzicht en mate van zelfmanagement, voeding en praktische vaardigheden (zie bijlage 2). De kennis, vaardigheden en competenties van patiënt/ouder zijn toereikend als de gehele checklist insulinepomptherapie succesvol is doorlopen. Deze checklist is een 'levend document', gebaseerd op de huidige zorgpraktijk. Het gebruik van de checklist garandeert dat alles wat essentieel is voor optimale insulinepomptherapie

² Als er in dit document gesproken wordt over een medisch psycholoog, gaat het om een Wet BIG geregistreerde psycholoog, verbonden aan de afdeling Medische psychologie van een algemeen of academisch ziekenhuis.

ook daadwerkelijk aan bod komt. Het is essentieel dat de checklist geen afvinklijst wordt, cruciaal is dat het behandelteam controleert of de patiënt/ouder alles wat besproken is, ook echt begrepen heeft.

Tijdens de eerste werkconferentie op 10 oktober 2014 is overeenstemming bereikt om niet te gaan werken met een landelijke toets/examen voorafgaand aan de start van pomptherapie. Daarentegen wordt, met behulp van de checklist, een continu proces gecreëerd van voorlichten, ondersteunen en checken of de relevante aspecten begrepen zijn.

f) Er wordt een onderbouwde keuze gemaakt voor de meest geschikte insulinepomp

In nauw overleg tussen behandelteam en patiënt/ouder zal er een keuze worden gemaakt voor een insulinepomp, rekening houdend met het advies van het behandelteam, de persoonlijke situatie en voorkeuren van de patiënt/ouder en de eigenschappen van de diverse systemen. Hierbij is de veiligheid en hoogwaardige kwaliteit van de insulinepomp een minimale voorwaarde.

g) Er is duidelijkheid over de taken en verantwoordelijkheden van de patiënt/ouder en het behandelteam

Het behandelteam bestaat uit kinderarts/internist, (kinder)diabetesverpleegkundige, diëtist, medisch (kinder)psycholoog en polikliniek assistent. De voorbereidende fase t/m de instelfase is een multidisciplinaire aangelegenheid met een duidelijke taakverdeling en onderlinge afspraken in het behandelteam. De patiënt/ouder heeft een duidelijke eigen rol en verantwoordelijkheid (zelfmanagement). Naast het behandelteam is het voor de apotheker voor diens vak uitoefening (medicatiebewaking en -overdracht) ook noodzakelijk dat hij op de hoogte is van het feit dat iemand insulinepomptherapie krijgt.

h) Er is duidelijkheid over de taken en verantwoordelijkheden van fabrikanten van insulinepompen en leveranciers van hulpmiddelen (o.a. reservoirs, infusiesets) en er zijn wederzijdse afspraken gemaakt tussen behandelteam en fabrikanten en leveranciers

Insulinepomptherapie vereist de nodige kennis, vaardigheden en zorgvuldigheid. Onjuist gebruik van een insulinepomp kan grote risico's voor de gezondheid van de patiënt met zich meebrengen. Insulinepompen, disposables en bijbehorende accessoires (reservoirs, infusiesets etc.) functioneren als 1 integraal systeem. De fabrikant ontwerpt, produceert en test de pomp in combinatie met de eigen, specifiek voor een bepaalde pomp ontwikkelde accessoires in een patiëntomgeving. De CE-markering voor een pomp wordt op basis van deze gegevens afgegeven. De pompgebruiker dient de beschikking te krijgen over de toebehoren die voor de specifieke pomp (merk en type) bedoeld zijn. In noodgevallen kan er gekeken worden naar compatibele accessoires. De fabrikant draagt er zorg voor dat hij door hem op de markt gebrachte pompen en bijbehorende accessoires volgt (traceability en surveillance), indien nodig corrigerende maatregelen neemt en ervaringen van gebruikers meeneemt bij mogelijke productverbeteringen of innovaties.

De leverancier van hulpmiddelen zorgt dat de juiste hulpmiddelen op het juiste moment in de juiste hoeveelheid op de juiste plaats geleverd worden, door middel van snelle en discrete leveringen. De leverancier zorgt voor een adequate en volledige informatievoorziening ten aanzien van de hulpmiddelen richting patiënten/ouders.

i) Er vindt een adequate insulinepompinstructie plaats

Het diabetes behandelteam en de fabrikant van insulinepompen hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid bij het instrueren van patiënten/ouders over insulinepomptherapie, waarbij de medische verantwoordelijkheid voor de instructie over en begeleiding bij het instellen op insuline met de insulinepomp volledig bij het behandelteam ligt en de verantwoordelijkheid voor de instructie over het

juiste gebruik van de insulinepomp primair bij de fabrikant ligt. Partijen maken hierover nadere afspraken in het veld, met name ook over de onderlinge terugkoppeling en het uitwisselen van gegevens, een en ander binnen de kaders van de Wet Bescherming Persoonsgegevens.

j) Er is sprake van een adequate instelfase conform wederzijdse afspraken tussen behandelteam en patiënt/ouder

Na de voorbereiding en start vindt een periode plaats waarbij de patiënt ingesteld wordt op de pomptherapie. Een goede instelfase van de insulinepomp is een belangrijke voorwaarde voor een optimale pompstart en het verdere vervolg.

Gewenst resultaat van de kwaliteitscriteria

- Insulinepomptherapie wordt alleen gegeven aan patiënten die voldoen aan de gestelde indicatiecriteria (in de richtlijnen) en bij wie alle aanvullende voorwaarden om te mogen starten met pomptherapie eveneens aanwezig zijn
- Er is duidelijkheid over wederzijdse afspraken en over consequenties van het niet naleven daarvan (zie bijlage 1 afspraken format)
- Er zijn duidelijke en concrete individuele behandeldoelen gesteld (zie bijlage 1 afsprakenformat)
- De patiënt/ouder beschikt over voldoende kennis en vaardigheden voor insulinepomptherapie
- Er is duidelijkheid over de taken en verantwoordelijkheden van alle betrokkenen
- Er vindt een adequate insulinepompinstructie plaats
- De benodigde kennis, vaardigheden en competenties zijn aanwezig bij patiënt/ouder over insulinepomptherapie
- Er is sprake van een adequate instelfase conform wederzijdse afspraken

Bij 2. Kwaliteitscriteria voor de begeleiding tijdens de chronische fase insulinepomptherapie

Na een optimale pompstart en instelfase volgt de chronische fase van insulinepomptherapie waarbij de begeleiding van het behandelteam, afgestemd op de persoonlijke situatie van de patiënt en zelfmanagement van de patiënt cruciaal zijn.

Aan onderstaande kwaliteitscriteria dient te worden voldaan:

a) Er zijn voldoende evaluatiemomenten

Patiënt/ouder en diabetes behandelteam leggen gezamenlijk vast welke begeleiding en zorg gewenst is in het afspraken format patiënt-behandelteam (bijlage 1).

Het minimale zorgaanbod bestaat uit: vier keer per jaar arts / (kinder)diabetesverpleegkundige, waarvan 1x jaarcontrole (evaluatie) en bij een pompwissel. Jaarlijkse afspraak bij diëtist (eetdagboek zo nodig gecombineerd met CGMS). De patiënt/ouder heeft een duidelijke eigen rol en verantwoordelijkheid en weet dat hierop geëvalueerd wordt.

Tijdens de evaluatiemomenten komen de volgende onderwerpen aan bod:

Wat is de voortgang van de oorspronkelijk gestelde behandeldoelen? Moeten oorspronkelijke behandeldoelen worden bijgesteld? Op welke manier kan de behandeling worden geoptimaliseerd? In hoeverre worden de wederzijdse afspraken nagekomen? Worden de mogelijkheden van de pomptherapie (nog steeds) optimaal benut? Is pomptherapie voor deze persoon (nog) de juiste keuze? Past deze specifieke pomp (nog) bij de patiënt?

b) Er is duidelijkheid over de taken en verantwoordelijkheden van de patiënt/ouder en het behandelteam in deze fase

Het behandelteam bestaat ook in deze fase uit kinderarts/internist, (kinder)diabetesverpleegkundige, diëtist, medisch (kinder)psycholoog en polikliniek assistent. Ook de begeleidingsfase is een multidisciplinaire aangelegenheid met een duidelijke taakverdeling en onderlinge afspraken in het behandelteam. De patiënt/ouder heeft ook hier een duidelijke eigen rol en verantwoordelijkheid (zelfmanagement).

c) Er is sprake van een verantwoorde medische ondersteuning en begeleiding vanuit het behandelteam

Dit uit zich onder andere in:

- de aanwezigheid van een multidisciplinair behandelteam met voldoende kennis en vaardigheden voor een optimale inzet van insulinepomptherapie
- 24/7 bereikbaarheid van het diabetesbehandelteam voor (acute) medische ondersteuning van de insulinepomp voor de patiënt.

N.B: Een goede infrastructuur en ICT voor het voorbereiden van patiënten op en begeleiden van patiënten bij insulinepomptherapie zijn hiertoe een voorwaarde (zie verder kwaliteitscriteria voor organisatie en infrastructuur).

d) Er is sprake van een adequate en hoogwaardige technische gebruiksondersteuning vanuit de fabrikant van de insulinepomp tijdens het gebruik van de insulinepomp

Het diabetes behandelteam en de fabrikant hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid bij de organisatie van de medische- en technische ondersteuning als onderdeel van de achterwachtfunctie bij insulinepomptherapie. Partijen maken hierover nadere afspraken in het veld. De fabrikant van de insulinepomp, of de daartoe aangewezen partij, dient zorg te dragen voor een 24/7 bereikbaarheid (buiten kantooruren alleen voor acute technische problemen met de insulinepomp) voor de opvang van

technische problemen en vragen tijdens het gebruik van de insulinepomp. In geval van technische of andere gebreken aan de insulinepomp en/of accessoires geeft de fabrikant snelle en volledige informatie aan de patiënt/ouder en het diabetes behandelteam met duidelijke aanwijzingen voor het oplossen of zoveel mogelijk verminderen van de daarmee samenhangende problemen (bijvoorbeeld directe vervanging van pompen bij calamiteiten). Voor de 24/7 bereikbaarheid dient de fabrikant, dan wel de daartoe door de fabrikant aangewezen partij, te beschikken over alle relevante gegevens van de patiënt. Tevens is registratie noodzakelijk vanuit de wetgeving met betrekking tot track en traceability en voor de noodzakelijke oproep aan het einde van de garantieperiode van de insulinepomp.

De leverancier is 24/7 bereikbaar voor de bestelling van toebehoren voor de insulinepomp (buiten kantooruren via een webshop en telefonisch voor spoedbestellingen in zeer dringende situaties die niet kunnen wachten tot de volgende werkdag).

e) Er is sprake van een adequate inzet van therapiemanagementssoftware door behandelteam en patiënt/ouder

De inzet van ICT is een multidisciplinaire aangelegenheid met een duidelijke taakverdeling en onderlinge afspraken in het behandelteam. De patiënt/ouder heeft een duidelijke eigen rol en verantwoordelijkheid (zelfmanagement). Patiënt/ouder en diabetes behandelteam leggen gezamenlijk vast hoe het gebruik van therapiemanagementssoftware ingezet gaat worden in de therapie.

f) Er worden effectieve acties ingezet indien individuele behandeldoelen niet worden gehaald of wederzijdse afspraken tussen behandelteam en patiënt/ouder niet worden nagekomen

Hierbij wordt in eerste instantie goed gekeken naar de mogelijke oorzaken/redenen (bijvoorbeeld instellingen, compliance, onvoldoende begeleiding en persoonlijke omstandigheden) van het niet behalen van de gestelde doelen, waarbij (nieuwe) afspraken worden gemaakt en waar nodig acties worden ingezet om de behandeling alsnog te optimaliseren. Hierbij kan men denken aan de inzet van een intensief begeleidingstraject met meerdere afspraken bij verschillende disciplines. Als de pomptherapie geen meerwaarde (meer) heeft voor de diabetesbehandeling ondanks alle voorgaande acties, kan deze worden gestopt en worden overgegaan op insulinetoediening met een pen³ (zie ook afspraken format patiënt-behandelteam [bijlage 1](#)).

In [de transitiefase](#) zal nader onderzoek worden gedaan naar de haalbaarheid en doelmatigheid van het opnieuw inzetten van insulinepompen die, wegens voortijdige stopzetting van de insulinepomptherapie, niet meer door patiënten worden gebruikt.

Gewenst resultaat van de kwaliteitscriteria

- De individuele behandeldoelen en afspraken tussen behandelteam en patiënt/ouder worden periodiek geëvalueerd en behaald c.q. nagekomen, met als resultaat doelmatig en optimaal insulinepompgebruik
- Er is duidelijkheid over de taken en verantwoordelijkheden van alle betrokkenen
- Er is een verantwoorde medische ondersteuning en begeleiding vanuit het behandelteam
- Er is een adequate technische gebruiksondersteuning vanuit de fabrikant van de insulinepomp
- Therapiemanagementssoftware wordt adequaat ingezet
- Er wordt actie ondernomen als doelen niet worden behaald of afspraken niet worden nagekomen

³ NB: Beargumenteerd afwijken van de gestelde norm mag als het gaat om specifieke categorieën patiënten, bijvoorbeeld bij adolescenten

Bij 3. Kwaliteitscriteria voor de organisatie en infrastructuur van insulinepomptherapie

De organisatie en infrastructuur moeten dusdanig ingericht zijn dat werken volgens de hiervoor genoemde kwaliteitscriteria gefaciliteerd wordt. Op dit moment wordt er in ziekenhuizen op verschillende manieren gewerkt wat betreft de inzet van insulinepomptherapie, wat niet ten goede komt aan optimale doelmatigheid. Hoe ziet de optimale rolverdeling er uit binnen een afdeling, wie doet wat? Hoe vindt de informatieoverdracht idealiter plaats? Wat zijn binnen de behandeling met een insulinepomp de taken van (kinder)artsen, (kinder)diabetesverpleegkundigen, diëtisten, fabrikanten, leveranciers en patiënten? Hoe ziet de samenwerking er uit tussen de kinderpoli en interne poli (transitie)? Hoe worden kennis en vaardigheden van het behandelteam getoetst? Wat is de tijdsbesteding van de verschillende betrokken partijen? Wat is de rol van ondersteunende afdelingen als MIT/ICT? Hoe ziet de logistiek rond de insulinepomp en hulpmiddelen eruit? Hoe dienen de kwaliteitscriteria geïmplementeerd te worden? Hoe wordt getoetst of er volgens de gestelde kwaliteitscriteria gewerkt wordt? Om in al deze zaken eenduidigheid aan te brengen zijn er voor de organisatie en infrastructuur van insulinepomptherapie eveneens landelijke kwaliteitscriteria opgesteld.

Aan onderstaande kwaliteitscriteria dient te worden voldaan:

a) Pomptherapie is altijd multidisciplinair georganiseerd

Het multidisciplinair samengestelde behandelteam dat insulinepomptherapie aanbiedt, dient te bestaan uit (kinder)arts/internist, (kinder)diabetesverpleegkundige, diëtist en medisch psycholoog. De oogarts wordt geconsulteerd op indicatie.

b) Er is adequate kennis van het gebruik en de toepassing van insulinepompen in het behandelteam en het behandelteam beschikt over de noodzakelijke competenties

Het behandelteam dient de nodige kennis en expertise met betrekking tot pomptherapie te hebben, hierin multidisciplinair geschoold te zijn en nieuwe ontwikkelingen toe te kunnen passen.

Multidisciplinaire scholing van het behandelteam is een randvoorwaarde en dient te worden ontwikkeld in de transitiefase vanuit de betrokken beroepsgroepen en partijen. De NDF heeft hierin een regierol, mits daarvoor financiering wordt gevonden. Streefdatum voor een multidisciplinaire scholing insulinepomptherapie is einde 2^{de} kwartaal 2016.

c) Er wordt voldoende samengewerkt en er worden afspraken gemaakt tussen kinderen- en volwassenenafdelingen

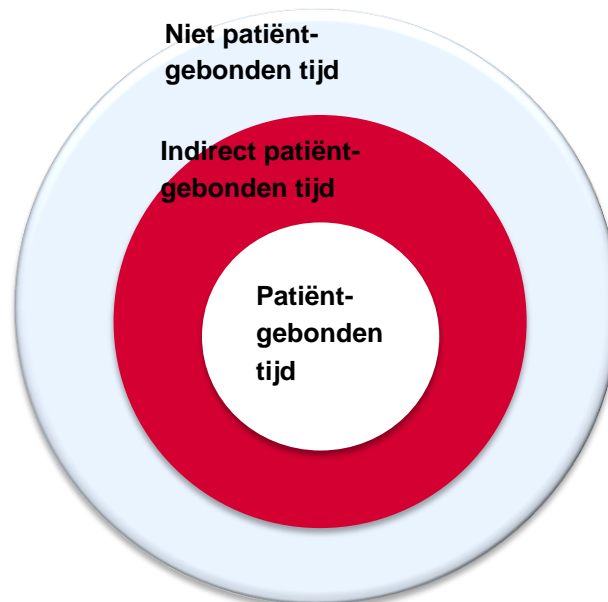
De opgestelde kwaliteitscriteria in dit document gelden voor zowel volwassenen als kinderen, alleen de mate van ondersteuning/begeleiding is bij kinderen intensiever. In de transitiefase dienen de oorspronkelijke indicaties en behandeldoelen het uitgangspunt te zijn en na transitie komt de patiënt in een chronische begeleidingsfase met periodieke evaluatie terecht.

d) Er is duidelijkheid over de taken en verantwoordelijkheden van de arts, de diabetesverpleegkundige, de diëtist en de medisch psycholoog en over de noodzakelijke tijdsbesteding (aantal fte's per discipline) om optimale insulinepomptherapie te kunnen aanbieden

Vanuit doelmatige en optimale inzet van insulinepomptherapie is het wenselijk om meer inzicht te krijgen in de tijd die nodig is voor het behandelteam om optimale insulinepomptherapie aan te kunnen bieden. Ook is het belangrijk om een taakverdeling vast te stellen binnen het behandelteam, zowel voor de volwassen- als de kinderpoli. Dit kan een richting/leidraad vormen voor ziekenhuizen/behandelcentra. Van enkele ziekenhuizen/centra is reeds een inschatting gemaakt van de hoeveelheid tijd die men nu besteedt aan insulinepomptherapie, maar dit geeft geenszins een eenduidig beeld. Wel laat deze eerste inventarisatie zien dat om optimale insulinepomptherapie aan te kunnen bieden, de huidige tijdsbesteding in de DOT (Directly Observed Therapy) te krap lijkt te zijn.

Om uiteindelijk een goed advies uit te kunnen brengen omtrent de meest ondersteunende vorm van bekostiging van insulinepomptherapie en hulpmiddelen, is het van belang precies in kaart te hebben welke tijdsinvesteringen noodzakelijk zijn om optimale insulinepomptherapie aan te kunnen bieden. **In de transitiefase** zal deze noodzakelijke tijdsbesteding met prioriteit verder uitgewerkt worden en op basis daarvan zal vervolgens een onderbouwd advies voor organisatie en financiering worden geschreven.

De te berekenen tijdsinvestering heeft als beginpunt het moment waarop is vastgesteld dat insulinepomptherapie een indicatie is en toegevoegde waarde heeft en er concreet gestart wordt met de voorbereiding op de pompstart. De tijdsinvestering die in het voortraject (tijdens MDI) nodig is, staat hier nadrukkelijk los van en vraagt om een eigen berekening. Een belangrijk punt tenslotte om mee te nemen bij de berekening van de tijdsinvestering, is dat kinderen tijdens de transitiefase enkele keren gezien dienen te worden door de kinderarts en de internist gezamenlijk.



Figuur 1: Onderverdeling tijdsverdeling inzet insulinepomptherapie

Bij de berekening van de tijdsinvestering voor insulinepomptherapie is een onderscheid te maken tussen:

1. Patiëntgebonden tijdsbesteding
Hieronder worden verstaan de face-to-face en de telefonisch consulten van het behandelteam met de patiënt/ouder)
2. Indirect patiëntgebonden tijdsbesteding
Buiten de consulten met de patiënt (face-to-face en telefonisch) zijn er diverse indirect patiëntgebonden activiteiten zoals:
 - multidisciplinair overleg (MDO)
 - telefonisch contact vanuit de 24/7 bereikbaarheid
 - beantwoorden van e-mails van patiënten/ouders
 - inzet therapiemanagementsoftware (nieuwe software installeren, insulinepompen uitlezen, rapporten genereren en analyseren)

- beoordelen van (deel)eeddagboeken door diëtist en overleg diëtist met diabetesverpleegkundige omtrent ratio en/of acties rond maaltijden/activiteiten
 - insulinepompinstructies die plaatsvinden in het ziekenhuis (bv de aanwezigheid van de diabetesverpleegkundige bij de instructies die door de fabrikant worden gegeven)
3. Niet patiëntgebonden tijdsbesteding
- Naast de hiervoor genoemde tijdsbestedingen zijn er nog diverse overige activiteiten die noodzakelijk zijn voor het optimaal kunnen inzetten van insulinepomptherapie. Dit zijn activiteiten als scholingen en alle activiteiten rondom de logistiek (zie [bijlage 3](#) voor een overzicht).

Cruciaal is dat ziekenhuizen/behandelcentra individueel alle handelingen (directe, indirecte en niet-patiëntgebonden tijdsbesteding) en type specialisme volledig uitschrijven en registreren om een DBC-DOT zorgproduct te kunnen afleiden en dat er voor individuele DBC-DOT zorgproducten tarieven zijn afgesproken tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraar (diabetes valt in het B-segment).

e) De randvoorwaarden zijn aanwezig om therapiemanagementsoftware adequaat in te zetten

Het diabetes behandelteam ervaart geen belemmeringen in het gebruik en de inzet van therapiemanagementsoftware van alle softwaresystemen. De behoeftes en wensen van het behandelteam zijn leidend en bepalend voor de ICT-omgeving rondom therapiemanagement software en niet andersom. Afspraken met afdelingen ICT en Medische technologie staan beschreven en worden 2-jaarlijks geëvalueerd.

f) Er is duidelijkheid over de taken en verantwoordelijkheden van fabrikanten en leveranciers en er zijn wederzijdse afspraken gemaakt tussen behandelteam en fabrikanten en leveranciers

Fabrikanten van insulinepompen garanderen dat insulinepompen veilig en kwalitatief hoogwaardig zijn. Verder moet er sprake zijn van een deskundige helpdesk, 24 uren-bereikbaarheid voor acute technische problemen, beheersing van diverse consultvormen etcetera. Fabrikanten ondersteunen periodiek het diabetes behandelteam en op indicatie de patiënt/ouder in het gebruik van en omgang met therapiemanagementsoftware.

Leveranciers van hulpmiddelen garanderen juiste en tijdige levering en volledige informatievoorziening rondom hulpmiddelen richting patiënten/ouders. Afspraken met de fabrikant en leveranciers staan beschreven en worden structureel geëvalueerd.

g) De logistiek rond de insulinepomp en hulpmiddelen is effectief en efficiënt

De logistiek rond de insulinepompen en hulpmiddelen bestaat uit een groot aantal activiteiten (zie [bijlage 3](#)). De verantwoordelijkheid en uitvoering van bovenstaande logistieke activiteiten dient te liggen bij die partijen/organisaties die dit het meest effectief en efficiënt kunnen verzorgen, namelijk de fabrikant van insulinepompen als het gaat om logistieke activiteiten rondom insulinepompen en leveranciers van hulpmiddelen als het gaat om logistieke activiteiten rondom hulpmiddelen. Alle noodzakelijke activiteiten rondom de logistiek worden uiteindelijk in [de transitiefase](#) meegenomen in het totale plaatje van de meest ondersteunende wijze van organisatie en bekostiging van insulinepomptherapie en hulpmiddelen.

h) Er is een systeem van toetsing van de gestelde kwaliteitscriteria

Er wordt in [de transitiefase](#) toegewerkt naar een landelijk systeem van kwaliteitsmonitoring/toetsing om de implementatie te vergemakkelijken. De inhoudelijke basis voor de visitatie/audit waarop diabetescentra getoetst worden zijn de geformuleerde criteria voor doelmatige en optimale inzet van insulinepomptherapie en hulpmiddelen in dit consensusdocument. Cruciaal is dat ook het patiëntperspectief wordt meegenomen in de inhoudelijke ontwikkeling van een visitatie/audit systeem. In een eerste stap zal door betrokken verenigingen en het veld worden onderzocht op welke manier een

visitatie/auditsysteem opgezet kan worden. Er wordt gedacht aan integratie bij bestaande kwaliteitsvisitaties van de wetenschappelijke verenigingen. Of dit haalbaar is zal uit het onderzoek moeten blijken. Vervolgens zal een werkgroep worden samengesteld die de inhoudelijke basis van de visitatie/audit voor insulinepomptherapie gaat ontwikkelen op basis van de kwaliteitscriteria, bestaande uit een vertegenwoordiger vanuit de NIV, NVK, DVN, EADV, DNO, Diagned, FHI en ZN. De NDF heeft hierin een regierol, mits daarvoor financiering wordt gevonden. Streefdatum voor de oplevering van een dergelijk visitatie/auditsysteem is einde 2^{de} kwartaal 2016.

Er wordt toegewerkt naar een situatie waarbij alle diabetescentra periodiek (bijv. 5-jaarlijks) gevisiteerd/ge-audit worden door een visitatiecommissie om vervolgens al dan niet een 'keurmerk' insulinepomptherapie te krijgen op basis van een visitatierapport opgesteld door de visitatiecommissie. Indien uit het visitatierapport blijkt dat niet aan alle kwaliteitscriteria wordt voldaan zal er een verbetertraject gestart worden met daarbij duidelijke afspraken over tijdslijnen. Indien ziekenhuizen/diabetescentra geen keurmerk hebben, 'mogen' ze in principe geen insulinepomptherapie aanbieden.

Tijdens de werkconferenties en in de commentaarronde kwam duidelijk naar voren dat een dergelijke visitatie wel uitvoerbaar moet zijn en wellicht beter onderdeel kan zijn van een visitatie die de gehele diabetesbehandeling of het diabetescentrum in zijn geheel toetst. Insulinepomptherapie is dan een onderdeel van deze diabetes visitatie. Deze overweging wordt meegenomen in het onderzoek.

Gewenst resultaat van de kwaliteitscriteria

- Insulinepomptherapie is multidisciplinair georganiseerd
- Het behandelteam beschikt over voldoende kennis, vaardigheden en competenties om insulinepomptherapie aan te kunnen bieden
- Alle behandelteams die insulinepomptherapie aanbieden hebben de multidisciplinaire scholing insulinepomptherapie gevolgd (zodra deze is ontwikkeld)
- De taken en verantwoordelijkheden van alle betrokken partijen zijn duidelijk
- Er is een goed beeld van de noodzakelijke tijdsbesteding om optimale insulinepomptherapie te kunnen garanderen en die tijd wordt ook vrijgemaakt
- De samenwerking tussen kinderen- en volwassenzorg is goed en er zijn duidelijke afspraken
- Er zijn geen randvoorwaardelijke belemmeringen om softwaremanagementsystemen adequaat in te zetten
- Er wordt gevisiteerd/getoetst (zodra dit is ontwikkeld). De kwaliteitscriteria in het consensusdocument zijn leidend voor de toetsing van insulinepomptherapie, waarbij het patiëntperspectief een belangrijke plaats krijgt in het audit/visitatieproces. De resultaten m.b.t. dit patiëntperspectief worden voor patiënten toegankelijk gemaakt.

Transitiefase

Niet alle ziekenhuizen (kinder- en volwassenenpoli's) en centra zullen op dit moment (of op het moment dat de kwaliteitscriteria voor doelmatige en optimale inzet van insulinepomptherapie en hulpmiddelen landelijk worden geïmplementeerd) werken volgens de criteria beschreven in dit consensusdocument. Nadat de negen lidorganisaties van de NDF en de overige betrokken organisaties het consensusdocument hebben geautoriseerd c.q. goedgekeurd en het vervolgens ook is omarmd door het Zorginstituut Nederland, kan het consensusdocument met bijlagen met alle ziekenhuizen die insulinepomptherapie aanbieden gedeeld worden. De NDF zal het consensusdocument publiceren op haar website en via media verspreiden. De lidorganisaties van de NDF en de overige betrokken partijen (FHI, Diagned en ZN) zullen er zorg voor dragen dat het document naar hun achterban verspreid wordt, zodat de ziekenhuizen/centra en de zorgverzekeraars het document als leidraad kunnen gebruiken voor de inrichting van de organisatie van insulinepomptherapie en voor de zorginkoop. Hiertoe is het cruciaal dat het consensusdocument ook terecht komt bij de Raden van Bestuur van de ziekenhuizen. De NVZ en NFU kunnen hier, als belangenbehartiger van Nederlandse ziekenhuizen, wellicht ook een faciliterende en stimulerende rol in vervullen.

Vervolgens zal, op basis van het consensusdocument, door ziekenhuizen/centra kritisch gekeken moeten worden waar ze op dat moment staan (nulmeting) en waar ze naar toe willen en kunnen. Dit resulteert in drie mogelijke opties:

- 1) men werkt al volgens de landelijke kwaliteitscriteria,
- 2) men werkt nog niet (volledig) volgens de landelijke kwaliteitscriteria, maar men kan en wil zich ontwikkelen en verbeteren
- 3) men werkt niet volgens de landelijke kwaliteitscriteria en men kan of wil zich niet ontwikkelen en verbeteren.

Met ziekenhuizen/centra (kinder- en/of volwassenpoli's) in situatie 2) worden uiteindelijk op basis van een visitatierapport afspraken gemaakt wat betreft een verbetertraject met duidelijke tijdsperioden waarna opnieuw wordt geëvalueerd. Zolang er nog geen visitatiesysteem is ontwikkeld, is een dergelijke signalering van verbeterpunten en het hier op inzetten een eigen verantwoordelijkheid van de desbetreffende ziekenhuizen. Bij voorkeur worden ziekenhuizen hier wel in ondersteund, dit wordt tijdens **de transitiefase** verder uitgewerkt. Vanaf het starten van de visitatie rond insulinepomptherapie is het visitatierapport bindend en worden er verplichte verbetertrajecten ingezet, met daarbij ook consequenties als er na de afgesproken periode geen verbetering is opgetreden.

De consequentie voor ziekenhuizen/centra in situatie 3) is dat er in deze ziekenhuizen (volwassen- en/of kinderpoli) en centra geen insulinepomptherapie meer aangeboden mag worden.

Tijdens **de transitiefase** (welke in Q3 van 2015 start) zullen er een aantal activiteiten/processen/systemen ondernomen en ontwikkeld moeten worden, onder regie van de NDF (mits daar financiering voor wordt gevonden), om het werken volgens de gestelde kwaliteitscriteria ook daadwerkelijk mogelijk te maken:

- **Communicatietraject omtrent de nieuwe kwaliteitscriteria voor insulinepomptherapie en de implementatie daarvan**

Zodra de lidorganisaties van de NDF en de overige betrokken organisaties het consensusdocument hebben geautoriseerd c.q. goedgekeurd en het vervolgens ook is aangeboden aan het Zorginstituut Nederland, moet het consensusdocument met bijlagen met alle ziekenhuizen/centra die diabeteszorg aanbieden gedeeld gaan worden. Het schrijven van een communicatieplan is daarom een prioriteit en dit plan moet voor de start van de transitieperiode al gereed zijn.

- **Multidisciplinaire scholing**

Voor de ontwikkeling van deze multidisciplinaire scholing dient een commissie/werkgroep samengesteld te worden met een vertegenwoordiging vanuit alle betrokken beroepsgroepen en partijen. Streefdatum voor het kunnen aanbieden van deze multidisciplinaire scholing insulinepomptherapie is einde 2^{de} kwartaal 2016.

- **Toetsing/visitatie systeem**

Er zal een toetsing/visitatiesysteem ontwikkeld moeten worden. Door een op te stellen werkgroep vanuit de betrokken beroepsgroepen en partijen zal onderzocht worden op welke manier een toetsing/visitatiesysteem opgezet kan worden en zal vervolgens de inhoudelijke basis ontwikkeld worden (zie punt 3h hiervoor). Streefdatum einde 2^{de} kwartaal 2016. Dit betekent dat vanaf dat moment pas gestart kan worden met visitaties/audits en het opstellen van bindende visitatie/audit rapporten.

Zoals eerder al aangestipt werd, is het nadrukkelijk wel de bedoeling dat ziekenhuizen starten met verbetertrajecten vanaf het moment dat het consensusdocument goedgekeurd is door het Zorginstituut en verspreid is onder de ziekenhuizen, dit om extra vertraging te voorkomen. Tijdens de transitiefase zullen de ziekenhuizen hierin ondersteund moeten worden; de meest geschikte wijze van ondersteuning wordt in de transitiefase verder uitgewerkt.

- **Registratie**

Ziekenhuizen/centra die insulinepomptherapie aanbieden worden verplicht gesteld om deel te nemen aan een kwaliteitsregistratie. Hiervoor kan vanuit stichting BIDON worden aangesloten bij al lopende kwaliteitsregistraties, waaronder ook PDR.nl. (registratie kinderartsen).

- **Volledig inzicht in alle diverse tijdsbestedingen**

Om een onderbouwd advies te kunnen geven over de meest ondersteunende vorm van financiering, is het noodzakelijk om volledig en goed onderbouwd in kaart te brengen wat er nodig is aan tijdsbesteding/activiteiten om optimale insulinepomptherapie aan te kunnen bieden (het betreft dan inzicht in zowel patiëntgebonden, indirect patiëntgebonden als niet-patiëntgebonden tijd/activiteiten).

- **Advies aan Zorginstituut Nederland omtrent meest ondersteunende vorm van financiering**

Inmiddels heeft Zorginstituut Nederland aan het ministerie van VWS laten weten dat een onderbouwde beslissing over de meest ondersteunende wijze van bekostiging van insulinepomptherapie en hulpmiddelen pas op 1 januari 2017 zal worden genomen, in afwachting van wat er vanuit het veld, onder regie van de NDF, nu wordt uitgewerkt. Dit geeft ons de tijd om in **de transitiefase** met een onderbouwd advies te komen, waarop het Zorginstituut de beslissing over de uiteindelijke bekostigingsvorm kan baseren.

Een plan van aanpak voor de transitieperiode wordt in april 2015 tezamen met het consensusdocument aangeboden aan het Zorginstituut Nederland. Voor deze transitieperiode is aanvullende financiering nodig, welke zal worden gezocht in Q1 en Q2 van 2015.

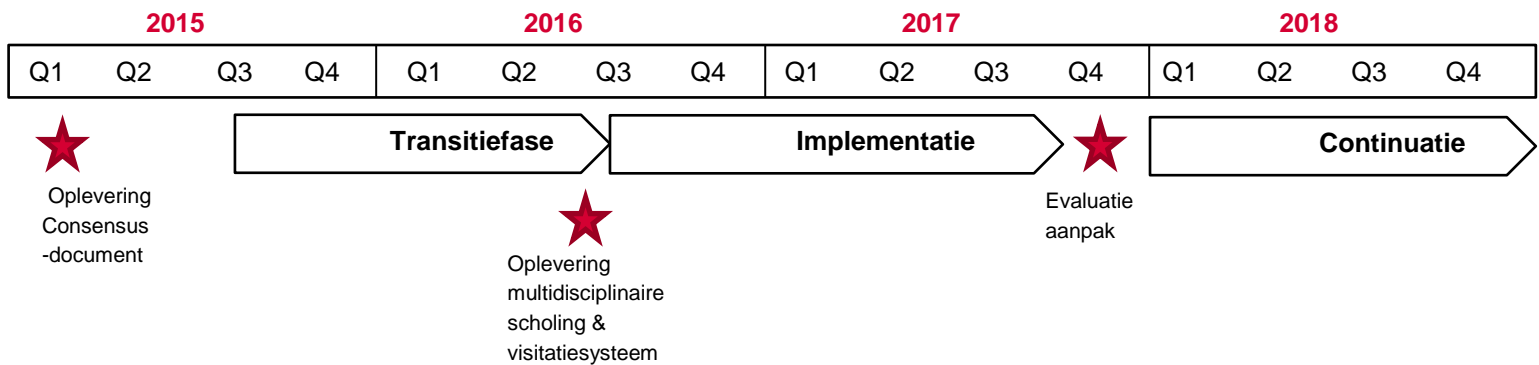
Implementatie

Na de transitiefase volgt de implementatiefase bestaande uit onder andere:

- implementatie van de multidisciplinaire scholing insulinepomptherapie
- onderzoek naar een toetsing/visitatiesysteem en implementatie ervan als dit haalbaar blijkt
- vervolg en afronding verbetertrajecten desbetreffende ziekenhuizen
- evaluatie om te bekijken of de voorgestelde aanpak vanuit het consensusdocument leidt tot doelmatiger en optimaler inzet van insulinepomptherapie.

Tijdsplanning

De tijdsplanning van het totale traject ziet er volgt uit:



Advies voor financiering

In dit consensusdocument staat beschreven aan welke kwaliteitscriteria de voorbereiding, start, instelfase en begeleidingsfase van insulinepomptherapie moeten voldoen om optimale en doelmatige insulinepomptherapie in Nederland te kunnen garanderen. Om die optimale kwaliteit en doelmatigheid te kunnen realiseren, worden er ook kwaliteitseisen gesteld aan de organisatie en infrastructuur. Nog lang niet alle ziekenhuizen voldoen aan deze gestelde eisen en zij zullen tijd nodig hebben om hun organisatie en infrastructuur daar op aan te passen. De in dit document benoemde transitie- en implementatiefase is voor dit doel dan ook ingesteld. Er zullen wellicht ziekenhuizen/behandelcentra (kinder- en/of volwassenpoli's) zijn die op basis van alle kwaliteitseisen besluiten om geen insulinepomptherapie meer aan te kunnen of willen bieden, hierdoor zou er als gevolg van de gestelde criteria een concentratie van deze hoogcomplexere zorg kunnen gaan plaatsvinden in Nederland.

De verwachting is dat uiteindelijk de kwaliteit en doelmatigheid van insulinepomptherapie met dit traject rondom landelijke kwaliteitscriteria een enorme impuls krijgt. De vraag hoe de wijze van bekostiging dit traject het beste kan ondersteunen is daarmee echter nog niet beantwoord. Om de ziekenhuizen/behandelcentra de mogelijkheid te geven om met prioriteit te werken aan de beoogde kwaliteitsverbeteringen, is het belangrijk om nu eerst rust te creëren. Een veranderde financieringsvorm vraagt extra tijd en investering van de ziekenhuizen, wat averechts kan werken op de beoogde kwaliteitsverbetering die eveneens een forse belasting voor de ziekenhuizen met zich mee zal brengen.

Op dit moment kan nog niet met zekerheid worden gezegd welke vorm van financiering de kwaliteit van insulinepomptherapie nu echt het beste ondersteunt. Tot op heden is de discussie gevoerd omtrent wel of niet overhevelen van hulpmiddelenzorg naar medisch-specialistische zorg. Het valt te betwisten of deze simpele ja/nee discussie voldoende recht doet aan de complexiteit van de vraag. Wellicht zijn er ook andere constructies mogelijk? Die mogelijkheden willen we tijdens **de transitieperiode** nader verkennen, zodat uiteindelijk een afgewogen besluit genomen kan worden over die vorm van financiering die meest ondersteunend is aan optimale kwaliteit en doelmatigheid van insulinepomptherapie en hulpmiddelen. Inmiddels heeft het Zorginstituut, op advies van de NDF, richting VWS aangegeven dat een beslissing over financiering van insulinepomptherapie en hulpmiddelen pas op 1 januari 2017 zal worden genomen en dat de uitkomsten van dit traject daarbij leidend zullen zijn.

Bijlage 1 Afsprakenformat patiënt-behandelteam

Afspraken patiënt-diabetes behandelteam met betrekking tot insulinepomptherapie

Patiënt:

Diabetes behandelteam:

Voorlichting en educatie

1. Het diabetes behandelteam en de patiënt hebben vastgesteld dat de patiënt aan de criteria voldoet om te starten met insulinepomptherapie. In dit kader hebben de patiënt en het diabetes behandelteam de voor- en nadelen, consequenties en verwachtingen over het gebruik van een insulinepomp duidelijk besproken.
2. Het diabetes behandelteam heeft de patiënt de benodigde voorlichting en educatie geven over het opstarten en gebruik van de insulinepomp en het instellen op insuline met behulp van een insulinepomp. Vastgesteld is dat de patiënt over voldoende kennis en vaardigheden beschikt om met het gebruik van de pomp te starten.

Doel gebruik insulinepomp

3. Het algemene doel van het gebruik van de insulinepomp is het optimaliseren van de glucoseregulatie. Daarnaast spreken de patiënt en het diabetes behandelteam af dat met het gebruik van de insulinepomptherapie de volgende individuele behandeldoelen worden nagestreefd:

Per individuele patiënt invullen. Voorbeelden:

- *Verlaging HbA1c met x%*
- *Verlaging aantal hypoglycemieën met x%*
- *Verlaging aantal hyperglycemieën met x%*
- *Vorbereiding en optimaal doorlopen van een zwangerschap*
- *Verbetering van kwaliteit van leven, met name met betrekking tot*
- *Overige*

Keuze insulinepomp

4. Het diabetes behandelteam en de patiënt hebben vastgesteld dat de meest aangewezen pomp voor de patiënt om mee te starten is:
..... (merk + type vermelden)
5. De fabrikant van deze pomp heeft de patiënt een technische gebruiksinstructie gegeven/laten geven. Voor technische gebruiksvragen of problemen met het functioneren van de insulinepomp kan de patiënt 24 uur per dag contact opnemen met de service afdeling van de fabrikant op het volgende nummer:
(telefoonnummer invullen).
6. De patiënt is zich ervan bewust dat het diabetes behandelteam gegevens over het gebruik van insulinepomp kan uitlezen en dat deze gegevens onderdeel uitmaken van het patiëntendossier, dat

in het kader van de geneeskundige behandelingsovereenkomst door het diabetesbehandelteam wordt bijgehouden. De patiënt verleent hieraan zijn volle medewerking.

Begeleiding door het diabetes behandelteam tijdens de gebruiksduur

- 7. Tijdens het gebruik van de insulinepomp is begeleiding door het diabetes behandelteam noodzakelijk. De patiënt en het diabetes behandelteam spreken af dat de patiënt met de navolgende frequentie voor een consult bij het diabetes behandelteam zal langskomen:

Frequentie (eventueel hier onderscheid maken tussen instelfase en chronische fase).

- 8. Voor tussentijdse vragen kan de patiënt te allen tijde telefonisch contact opnemen met het diabetes behandelteam. Voor spoedgevallen is het diabetes behandelteam 24 uur per dag bereikbaar op het volgende nummer: (telefoonnummer invullen).

Evaluatie gebruik insulinepomp

- 9. Tenminste keer per (frequentie invullen) evalueren de patiënt en het diabetes behandelteam het gebruik van de insulinepomp en de behandeldoelen zoals hiervoor omschreven. Als de behandeldoelen niet (allemaal) behaald zijn, bespreken de patiënt en het diabetes behandelteam de oorzaken waarom deze doelen niet gehaald zijn en maken partijen nadere afspraken die er op gericht zijn de doelen alsnog te bereiken.
- 10. Tussentijdse bijstelling van de behandeldoelen wordt schriftelijk vastgelegd.
- 11. Indien het diabetes behandelteam tot de conclusie komt dat – ondanks tussentijdse evaluaties en nadere afspraken - redelijkerwijs niet te verwachten valt dat de behandeldoelen in voldoende mate zullen worden bereikt, zal het diabetes behandelteam in overleg met de patiënt de insulinepomptherapie staken en zal weer worden overgegaan op toediening van insuline met een pen.

Aantekeningen/opmerkingen:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Voor akkoord:

..... (dd/mm/jj)

.....
Patiënt⁴

.....
Namens het diabetes behandelteam

⁴ Bij minderjarige kinderen zal de ouder/verzorger dit document ondertekenen

Bijlage 2 Checklist voorbereiding en instelfase CSII

Het behandelteam en patiënt hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid om ervoor te zorgen dat de nodige kennis, vaardigheden en competenties van de patiënt/ouder om te starten met insulinepomptherapie aanwezig zijn. De aanbevolen educatie en voorlichting staat beschreven in deze checklist insulinepomptherapie bestaande uit een viertal domeinen, nl. motivatie, ziekte-inzicht en mate van zelfmanagement, voeding en praktische vaardigheden. De kennis, vaardigheden en competenties van patiënt/ouder zijn toereikend als de gehele checklist insulinepomptherapie succesvol is doorlopen. Deze checklist is gebaseerd op hoe het er nu al in de praktijk aan toe gaat en het gebruik van deze checklist garandeert dat alles wat essentieel is voor optimale insulinepomptherapie ook daadwerkelijk aan bod komt. Het is echter essentieel dat de checklist geen afvinklijst wordt, cruciaal is dat het behandelteam controleert of de patiënt/ouder alles wat besproken is, ook echt begrepen heeft.

De checklist benoemt onderdelen die aan bod dienen te komen. Uitvoering van deze onderdelen dient te geschieden volgens onderliggende richtlijnen en standaarden, conform samenwerkingsafspraken in het diabetesteam en conform de huidige wet en regelgeving, bijvoorbeeld met betrekking tot voorschrijfbevoegdheid.

Deze checklist moet nadrukkelijk gezien worden als een 'levend document'. Het heeft de voorkeur om deze checklist te digitaliseren en in te bouwen in het EPD systeem dat door een behandelteam gebruikt wordt. Om de checklist ICT-gebruiksvriendelijker te maken, verdient het de aanbeveling om te werken met uitklapvelden per domein. Ook kan er per domein nog een vrije tekstveld toegevoegd worden voor zaken die wel vermeld moeten worden en niet puntsgewijs aan de orde komen of om aan te geven wie wat heeft gedaan.

Checklist voorbereiding en instelfase CSII

(Voor patiënten met diabetes die al een voortraject hebben gehad)
Overall waar "patiënt" staat kan ook gelezen worden "ouder(s) of verzorger(s)"

Deel 1; DOMEIN Motivatie (informatie en instructie)

Nr.	Datum		
1		Arts bespreekt en noteert verwachtingen/meerwaarde van CSII met de patiënt (vanuit medisch en patiënten perspectief).	
2		Arts bespreekt voor- en nadelen van de pomp en verwijst naar (kinder)diabetesverpleegkundige voor verdere uitleg en begeleiding.	
3		Arts geeft uitleg gevaar voor ketoacidose . Kinderen: uitleg bloed ketonen en wanneer bepalen.	
4		Arts bespreekt behandelovereenkomst.	
5		(kinder)dvk laat diverse insulinepompen zien en geeft basale uitleg over (on)mogelijkheden CSII.	
6		(kinder)dvk bespreekt psychische en sociale aspecten van CSII.	

7		(kinder)dvk bespreekt de mogelijkheid om ervaring op te doen met het dragen van een dummpomp	
8		(kinder)dvk bespreekt opnieuw verwachtingen/meerwaarde van CSII met de patiënt (vanuit medisch en patiënten perspectief) en vult deze zo nodig aan.	
9		Patiënt heeft inzicht in de persoonlijke meerwaarde, (on)mogelijkheden van CSII en de te verwachte resultaten.	
10		(kinder)dvk bespreekt werkwijze voorbereidingstraject. Beheersing praktische- en zelfmanagement vaardigheden worden geëvalueerd.	

Deel 2; DOMEIN Ziekte-inzicht en mate van zelfmanagement *(informatie, educatie en instructie)*

Nr.	Datum		
1		Patiënt verwoordt ziekte-inzicht en laat mate van zelfmanagement zien m.b.t. hypo/hyper -> symptomen, oorzaken, oplossingen.	
2		Patiënt verwoordt ziekte-inzicht en laat mate van zelfmanagement zien m.b.t. aanpassen van insuline -> activiteiten/bewegen, stress, ziekte, bijzondere persoonlijke omstandigheden (vb. vakantie, reizen, Ramadan, sauna, onregelmatige diensten/werk), medicatie.	
3		Patiënt verwoordt ziekte-inzicht en laat mate van zelfmanagement zien m.b.t. voeding -> kennis koolhydraten, aanpassen insuline bij verschillende hoeveelheden KH en/of soorten maaltijden (glycemische index), werken met insuline koolhydraatratio, alcohol.	
4		Consult diëtist (zie deel 3: domein voeding).	
5		Herhaal uitleg gevaar ketoacidose bij CSII.	
6		Overweeg een diagnostische sensormeting.	
7		Bespreeken belang en noodzaak van het dagelijks meten van de bloedglucosewaarden (min. 4 x per dag).	
8		Controle spuitplaatsen en spuittechniek a.h.v. richtlijn EADV insulinetherapie.	
9		Doornemen handeling zelfcontrole a.h.v. EADV richtlijn zelfcontrole. Zo nodig controle bloedglucosemeter en ketonen meter.	
10		Informatiemateriaal CSII meegeven (folders, websites, leesboeken)	

Deel 3; DOMEIN voeding (informatie, instructie en educatie)

Nr.	Datum		
1		Patiënt verwoordt ziekte-inzicht en laat mate van zelfmanagement zien m.b.t. voeding -> kennis koolhydraten, aanpassen insuline bij verschillende hoeveelheden KH en/of soorten maaltijden (glycemische index), activiteiten/bewegen, alcohol, werken met insuline koolhydraatratio.	
2		Zo nodig herhaal instructie en educatie individueel of d.m.v. groepsbijeenkomsten omtrent bovenstaande onderwerpen.	
3		Zo nodig instructie uitgebreid voedingsdagboek met 7-punts curve en koolhydraten tellen, eventueel digitaal of via app.	
4		Berekening van de insuline koolhydraatratio	
5		Berekening van de correctiefactor	
6		Indien van toepassing: Informeert patiënt over koolhydraat constante voeding gedurende 1-2 weken.	

(Alle disciplines: arts, (kinder)dvk, diëtist en medisch psycholoog)

MDO	Datum	Bespreken resultaten voorbereiding in MDO om tot definitief besluit te komen wel/geen CSII.	

Deel 4; DOMEIN praktische vaardigheden (informatie, instructie en educatie)

Nr.	Datum		
1		Bespreek samen met de patiënt het individuele doel van CSII en leg dit vast in een behandelovereenkomst. Deze overeenkomst wordt door beide partijen ondertekend.	
2		Verschillen en overeenkomsten van diverse pompen bespreken aan de hand van document "insulinepompen vergelijken" wat patiënt nadien nog kan doorlezen. Patiënt heeft keuzevrijheid!	
3		Optie: thuis of op de poli voorbeeldnaald inbrengen, fixeren en 24uur laten zitten om te controleren of patiënt allergisch is voor naald of pleister.	
4		Pompkeuze bepalen: bepaal kleur, grootte reservoir, instructie thuis of ziekenhuis.	
5		Medische machtiging (digitaal) invullen en versturen naar betreffende hulpmiddelenleverancier.	

		Zij regelen goedkeuring met de zorgverzekering.	
6		Bijzonderheden en/of aandachtspunten t.b.v. een goede instructie doorgeven aan betreffende instructeur.	
7		Adviseren dat een partner/familielid/ouder/verzorger aanwezig is bij de pompinstructie.	
8		Instructie omtrent de volgende technische vaardigheden: <ul style="list-style-type: none"> • vullen reservoir en katheter • instellen en aanpassen (tijdelijke) basaal • afgifte normale bolus + andere type bolussen • instellen en aanpassen datum en tijd • batterij verwisselen • inbrengen van de canule en wanneer verwisselen • instellen en aanpassen bolus calculator • uitleessysteem pomp (verwijs hierbij ook naar de fabrikant) 	
9		Educatie omtrent toepassing diverse pompfuncties: <ul style="list-style-type: none"> • inzet vertraagde bolus en/of gecombineerde bolus • wanneer aanpassen basaal en in welke stappen? • wanneer aanpassen bolus/koolhydraatratio of correctiefactor en in welke stappen? • wanneer toepassen tijdelijke basaal verhoging of verlaging? • gebruik pomp stop. • 	
10		Patiënt keuze laten maken uit de draagmogelijkheden.	
11		Toedieningssystemen bespreken: <ul style="list-style-type: none"> • type canule • lengte canule • lengte katheter 	
12		Geef bij voorkeur > 1 soort naald mee om uit te proberen welke naald: <ul style="list-style-type: none"> *het prettigst c.q. het makkelijkst is in te brengen *het minst pijnlijk is (z.n. R/ medicatie voorschrijven ter verdoving) *het makkelijkst te verwijderen is. 	
13		Besluit i.o.m. patiënt moment wanneer er gestart gaat worden met het gebruik van een bolus calculator.	
14		Instructie hygiënisch werken.	
15		Geef verschillende soorten pleisters mee om uit te proberen of deze: <ul style="list-style-type: none"> *goed vastplakken *niet irriteren *makkelijk te verwijderen zijn 	
16		Besprek dat tijdens de eerste week het de voorkeur heeft dat patiënt geen hinder heeft van glucose versturende factoren.	
17		Uitleg pomp verzekering	

18		Bestellijst doornemen en zo nodig invullen samen met de patiënt. Adviseren dat materialen tijdig besteld dienen te zijn bij hulpmiddelen leverancier.	
19		Patiënt beheerst tenminste de volgende technische vaardigheden: <ul style="list-style-type: none"> • vullen reservoir en katheter • instellen en aanpassen (tijdelijke) basaal • afgifte normale bolus + andere type bolussen • instellen en aanpassen datum en tijd • batterij verwisselen • inbrengen van de canule en wanneer verwisselen • instellen en aanpassen bolus calculator 	
20		Patiënt verwoordt zo gedetailleerd mogelijk a.h.v. minimaal 6 praktijksituaties op welke wijze hij diverse pompfuncties toepast: <ul style="list-style-type: none"> • Inzet vertraagde bolus en/of gecombineerde bolus • Wanneer aanpassen basaal en in welke stappen? • Wanneer aanpassen bolus/koolhydraatratio of correctiefactor en in welke stappen? • Wanneer toepassen tijdelijke basaal verhoging of verlaging? • Gebruik pomp stop. 	

Deel 5; administratieve voorbereiding (kinder)diabetesverpleegkundige en overleg internist/kinderarts & (kinder)dvk

Nr.	Datum		
1		R/ insuline voor CSII.	
2		R/ (ultra)kortwerkende insuline penfill en (zo nodig) langere naalden dan bij insuline injecteren.	
3		Zo nodig R/Glucagon.	
4		Volgens protocol ziekenhuis: Uitrekenen basaal- en bolusschema + aanpassen dosering langwerkende insuline dag voor aansluiten pomp.	
5		Bespreek van het basaal- en bolusschema waarmee CSII gestart wordt (resultaat punt 4)	
6		Afspraken maken i.o.m. internist/kinderarts over '24-uurs bereikbaarheid tijdens de eerste week' en doorgeven aan betreffende dienst. (Eventueel klinisch instellen in overleg met patiënt, ouders en arts).	
7		Polijspraak maken arts (evt. combi met (kinder)dvk) 6 – 8 weken na start CSII-therapie (vooraf HbA1c laten bepalen).	
8		Tijdspad doornemen met patiënt wat betreft moment van overstap CSII + contactmomenten instelfase. Nb; dag 1 is bij voorkeur een maandag (in ieder geval begin van de	

		week)	
9		De patiënt dient in de gelegenheid te zijn om dagelijks contact te hebben met het diabetesteam. Kinderen: eerste week inclusief weekend 1-2 x daags telefonisch contact.	
10		Feedback instructeur is ontvangen.	
11		Consult oogarts bij patiënt met retinopathie indien deze > 6 maanden niet op controle geweest is. Bij kinderen afhankelijk van de duur van de diabetes.	
12		Laboratorium HbA1c aanvragen voor uitgangswaarde indien laatste waarde > 3 maanden geleden is.	

Deel 6; week 1 pomptherapie (kinder)diabetesverpleegkundige (instructie en informatie)

Nr.	Datum		
1		Samen met de patiënt de pompdoseringen instellen en de pomp aansluiten.	
2		Patiënt attenderen op de telefonische bereikbaarheid van de pompfabrikant/hulpmiddelen leverancier bij technische problemen.	
3		Telefonische bereikbaarheid (24/7) van het diabetesteam herhalen.	
4		Afspraken maken omtrent frequentie bloedglucose controle (advies is 7-8 punts curve).	
5		Afspreken bij welke glucosewaarden patiënt zelf actie onderneemt en bij welke waardes contact wordt gezocht met het diabetesteam.	
6		Zelfregulatie insulinepomptherapie bespreken voor de eerste week en zo nodig correctieschema meegeven.	
7		Bespreek wel of niet gebruik van diverse soorten bolussen en tijdelijke verhoging/verlaging van de basale snelheid in de eerste week.	
8		Herhaal contact momenten instelfase.	

Deel 7; week 2 t/m 6 pomptherapie (kinder)diabetesverpleegkundige (educatie en instructie)

Nr.	Datum		
1		Wekelijks overlegmomenten afspreken totdat curven stabiel zijn en patiënt zich zeker genoeg voelt om het allemaal zelfstandig te managen.	
2		Herhaal (technische) instructie uitleessysteem insulinepomp en verwijs hierbij naar fabrikant.	

3		Educatie interpretatie data van de pomp uploads.	
4		Benadruk actieve rol van patiënt bij aanleveren en bespreken van data.	
5		<p>Consulten: evaluatie gebruik diverse pompfuncties en zo nodig ondersteunende educatie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • gebruik verschillende soorten bolustypes • wanneer aanpassen basaal en in welke stappen • wanneer aanpassen bolus/koolhydraatratio of correctiefactor en in welke stappen • wanneer toepassen tijdelijke basaal verhoging of verlaging • gebruik pomp stop • wanneer aanpassen andere parameters in bolus calculator dan koolhydraatratio en correctiefactor 	
6		Herhaal voedingsdagboek / consult diëtist	
7		Instrueren van betrokken instanties en/of hulpverleners die van belang zijn voor de patiënt (denk hierbij aan: school/kinderdagverblijf, (gespecialiseerde) thuiszorg, mantelzorg, verzorgingshuis/verpleeghuis of woonbegeleiders)	
8		<p>Bij voorkeur geen snelle daling nastreven van glucosewaardes i.v.m. kans ontstaan visusklachten. Controle-afspraak oogarts na start CSII: *retinopathie: na 3-6 maanden *geen retinopathie: na 6 maanden</p>	
9		Na half jaar evalueren in hoeverre doel van de patiënt al behaald is.	

Einde instelfase, daarna over op traject “begeleiding insuline pomptherapie chronisch” (zie consensusdocument)

Bijlage 3 Overzicht werkzaamheden verstrekking pompen

Dit overzicht is in de eerste plaats bedoeld om meer inzicht te verkrijgen in welke niet-patiëntgebonden handelingen/activiteiten er allemaal ondernomen moeten worden om insulinepomptherapie inclusief hulpmiddelen aan te kunnen bieden. In dit stuk is niet nader gespecificeerd of bepaalde werkzaamheden door de fabrikant, de leverancier of door beiden worden verricht; het gaat er in de eerste plaats om inzichtelijk te maken wat er allemaal komt kijken bij de verstrekking van insulinepompen en hulpmiddelen, zodat al die tijdsinvesteringen/activiteiten later meegewogen kunnen worden bij het schrijven van een advies omtrent de meest ondersteunende vorm van financiering.

Deel 1; Randvoorwaarden

Randvoorwaarden met betrekking tot kennis(overdracht) diabetes behandelteam

Nr.	
1	Diabetes behandelteam beschikt over actuele kennis van het beschikbare assortiment insulinepompen en de toepassingsmogelijkheden daarvan teneinde in overleg met patiënt te kunnen komen tot de keuze van meest geschikte pomp
2	Diabetes behandelteam beschikt per type pomp over de vereiste kennis en vaardigheden om de patiënt vanuit haar medische verantwoordelijkheid te instrueren over en begeleiden bij het instellen op insuline met de insulinepomp
3	Diabetes behandelteam beschikt over de benodigde kennis en vaardigheden om gebruik te maken van de bij de betreffende insulinepomp behorende therapiemanagementsoftware en de patiënt hierbij te ondersteunen
4	Fabrikanten en/of leveranciers dragen zorg voor adequate en actuele kennisoverdracht met betrekking tot de toepassingsmogelijkheden en gebruiksinstructies met betrekking tot de door in de handel gebracht insulinepompen en bijbehorende therapiemanagementsoftware

Randvoorwaarden met betrekking tot ondersteuning door fabrikant en/of leverancier

Nr.	
1	Fabrikanten en/of leveranciers beschikken over een adequate voorraadbeheer, teneinde te kunnen waarborgen dat het beschikbare assortiment insulinepompen en pomptoebehoren op continue basis en zo nodig binnen een tijdsbestek van xx geleverd kunnen worden
2	Fabrikanten en/of leveranciers beschikken over een adequaat systeem van post marketing surveillance en traceerbaarheid, teneinde meldingen over insulinepompen en toebehoren te kunnen opvolgen en alle noodzakelijke (corrigerende) maatregelen te kunnen nemen
3	Fabrikanten en/of leveranciers beschikken over een 24/7 telefonische bereikbaarheid teneinde gebruikstechnische vragen van patiënten over de insulinepomp, pomptoebehoren en therapiemanagementsoftware op adequate wijze te kunnen beantwoorden (buiten kantooruren alleen voor acute technische problemen met de insulinepomp)

4	Fabrikanten en/of leveranciers zijn op adequate wijze toegankelijk voor overleg met het diabetes behandelteam over insulinepompen, pomptoebehoren en therapiemanagementsoftware. Meer in het bijzonder dragen het diabetes behandelteam en de fabrikant en/of leverancier zorg voor duidelijke onderlinge afstemming en terugkoppeling met betrekking tot de medische en technische instructie in de richting van individuele patiënten
5	Fabrikanten en/of leveranciers zijn in staat spoedbestellingen aan het huisadres van de patiënt te bezorgen in het geval van de insulinepomp niet (meer) naar behoren functioneert dan wel de patiënt niet meer over de noodzakelijke pomptoebehoren beschikt
6	Fabrikanten en/of leveranciers zijn in staat de patiënt in voorkomende gevallen te voorzien van een reserve pomp

Deel 2; Overzicht noodzakelijke activiteiten/werkzaamheden

Werkzaamheden in kader van eerste verstrekking insulinepomp aan patiënt

Nr.	
1	Bestelling insulinepomp en pomptoebehoren door diabetes behandelteam bij fabrikant en/of leverancier
2	Administratieve verwerking bestelling door fabrikant en/of leverancier
3	Contact met patiënt door fabrikant en/of leverancier over fysieke levering en planning technische gebruiksinstructie
4	Levering pomp en toebehoren aan patiënt (in ziekenhuis of aan huisadres) en technische gebruiksinstructie door fabrikant en/of leverancier
5	Aansluiting op pomp door diabetes behandelteam
6	Factureren pomp en toebehoren door fabrikant en/of leverancier
7	Eventueel: aanvraag machtiging voor levering aan zorgverzekeraar (eventueel uitgebreid met aanvraag vervolgmachtiging)
8	Declareren pomp en toebehoren in kader van aanspraken onder Zorgverzekeringswet
9	Debiteuren/crediteuren beheer

Werkzaamheden in kader van vervolg leveringen pomp toebehoren

Nr.	
1	Bestelling pomptoebehoren door patiënt bij fabrikant en/of leverancier
2	Administratieve verwerking bestelling door fabrikant en/of leverancier
3	Zo nodig contact met patiënt n.a.v bestelling door fabrikant en/of leverancier

4	Levering toebehoren aan huisadres patiënt
5	Factureren pomptoebehoren door fabrikant en/of leverancier
6	Declareren pomptoebehoren in kader van aanspraken onder Zorgverzekeringswet
7	Debiteuren/crediteuren beheer

Werkzaamheden in kader van (tussentijdse) beëindiging gebruik pomp

Nr.	
1	Contact met patiënt en/of diabetes behandelteam over einde gebruik pomp en planning fysieke terugname pomp
2	Fysieke terugname pomp aan huisadres patiënt
3	Bij tussentijdse beëindiging: retournering pomp aan leverancier/fabrikant, administratieve afhandeling

Werkzaamheden in kader van onvoorziene/bijzondere omstandigheden tijdens gebruiksduur

Nr.	
1	Bij gebreken, beschadigingen of verlies insulinepomp: fabrikant en/of leverancier verwerkt aanvraag en draagt zorg voor bezorging vervangende pomp binnen xx uur aan huisadres patiënt. Fabrikant en/of leverancier stuurt pomp zo nodig in aan fabrikant voor reparatie van pomp, administratieve en financiële afwikkeling
2	Vakantie: fabrikant en/of leverancier verwerkt aanvraag reservepomp gedurende vakantieperioden en draagt zorg voor bezorging reserve pomp (gesealed) aan huisadres patiënt. Fabrikant en/of leverancier draagt zorg voor retourgave en inspectie stuurt reserve pomp, administratieve en financiële afwikkeling
3	Onvoorzien tekort aan pomptoebehoren: fabrikant en/of leverancier draagt zorg voor spoedbestelling van pomptoebehoren aan huisadres in het geval de patiënt een acuut tekort heeft

Bijlage 4 Samenstelling stuurgroep en werkgroepen

Stuurgroep

Mark Kramer, voorzitter stuurgroep (Bidon)
Inge de Weerd, plv. voorzitter stuurgroep (NDF)
Marieke Vergeer, kinderarts (NVK)
Teri Brouwer, internist (NIV)
Mirjam v/d Weijer, diabetesverpleegkundige (EADV)
Esther Pekel, diëtist (DNO)
Eglantine Barents, ervaringsdeskundige (DVN)
Mirjam de Bruin, vertegenwoordiger fabrikanten (Diagned)
Freek van Buul, vertegenwoordiger leveranciers (FHI)
Sander Bos, namens zorgverzekeraars (ZN)

Werkgroep 1 (voorbereiding werkconferentie 1)

Caroline Lubach, verpleegkundig consulent diabetes VU medisch centrum
Mirjam v/d Weijer, (kinder)diabetesverpleegkundige Elkerliek ziekenhuis
Marlies Goverde, verpleegkundig consulent kinderdiabetes VU medisch centrum
Marieke Vergeer, kinderarts Maasstadziekenhuis Rotterdam
Teri Brouwer, internist OLVG Amsterdam
Eglantine Barents, ervaringsdeskundige, diëtist, beleidsadviseur Diabetesvereniging Nederland
Henja Westerbeek, diëtist Bethesda ziekenhuis Hoogeveen
Mirjam de Bruin, werkgroep diabetes Diagned
Freek van Buul, Boeren Medical, namens de FHI
Sander Bos, namens Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

Werkgroep 2 (voorbereiding werkconferentie 2)

Caroline Lubach, verpleegkundig consulent diabetes VU medisch centrum
Mirjam v/d Weijer, (kinder)diabetesverpleegkundige Elkerliek ziekenhuis
Marieke Vergeer, kinderarts Maasstadziekenhuis Rotterdam
Roel Hoogma, internist-endocrinoloog Groene Hart Ziekenhuis Gouda
Esther Pekel, diëtist VU medisch centrum
Eglantine Barents, ervaringsdeskundige, diëtist, beleidsadviseur Diabetesvereniging Nederland
Mirjam de Bruin, werkgroep diabetes Diagned
Freek van Buul, Boeren Medical, namens de FHI
Sander Bos, namens Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

Projectleider

Margreet Sangers, senior beleidsmedewerker NDF

Procesbegeleider

Gertjan Kusters, Diagned